

DES
RÉTRÉCISSEMENTS SYPHILITQUES
DU RECTUM

LEUR TRAITEMENT PAR L'EXTRIPATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Décembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH GAURAN

Né le 1^{er} Novembre 1869, à Saint-Clar (Gers)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1892

DES
RÉTRÉCISSEMENTS SYPHILITIQUES
DU RECTUM

LEUR TRAITEMENT PAR L'EXTRIPATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Décembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH GAURAN

Né le 1^{er} Novembre 1869, à Saint-Clar (Gers)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1892

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.		PIERRET.
Physique médicale.		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.		LORTET.
Anatomie.		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne.		J. TEISSIER.
Pathologie externe.		BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine opératoire.		X.
Médecine expérimentale et comparée.		ARLOING.
Médecine légale.		LACASSAGNE.
Hygiène.		ROLLET.
Thérapeutique.		SOULIER.
Pharmacie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE).	BOUVRAULT,
DEROIDE.	PERRET.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC	LINOSSIER.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. GANGOLPHE, Assesseur; MM. JABOULAY et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET

A CELLE DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES FRÈRES

A MON ONCLE GASTÉBOIS

A MON PRESIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

A MES CAMARADES DE PROMOTION

A MES MAITRES

De l'École du Service de Santé Militaire

INTRODUCTION

Pendant que nous étions stagiaire dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons vu opérer deux rétrécissements syphilitiques du rectum. La coarctation, quoique très étendue, fut enlevée en totalité. Les suites immédiates de cette opération furent très simples, et les effets éloignés des plus satisfaisants. Les malades quittèrent l'hôpital dans un excellent état, et, depuis près de deux ans, la guérison s'est maintenue. On peut donc considérer cette guérison comme définitive et il est permis de dire que l'intervention pratiquée dans ces deux cas a amené une cure radicale. De pareils résultats obtenus dans une affection de ce genre méritent de fixer l'attention.

En effet, les rétrécissements syphilitiques du rectum comportaient jusqu'ici un pronostic des plus sombres. Les méthodes thérapeutiques successivement préconisées

par les chirurgiens se montraient impuissantes à détruire le mal : les meilleures ne parvenaient à pallier les accidents que pour un temps limité : les malades finissaient toujours par succomber aux conséquences de leur affection. Cette évolution fatale ressort clairement des faits publiés dans la littérature chirurgicale et de ceux que M. le professeur Poncet a pu recueillir dans sa longue pratique. Si nous nous en rapportons à son expérience, nous constatons que dans neuf cas de rétrécissements syphilitiques du rectum, observés par lui chez la femme, les traitements mis en usage n'ont jamais produit qu'une amélioration momentanée. Tantôt les malades sont mortes de cachexie à la suite des progrès de leur mal ; tantôt elles ont été emportées par une complication ou une affection intercurrente à laquelle leur organisme débilité n'a pas pu opposer de résistance.

Les résultats de l'intervention directe sur le rectum rétréci étaient si mauvais, que M. le professeur Poncet, jusqu'à ces dernières années, considérait comme opération de choix, la colotomie iliaque gauche, avec établissement d'un anus contre nature. Cette opération avait au moins l'avantage d'assurer le libre écoulement des matières et de mettre les malades à l'abri des accidents d'obstruction intestinale. Pratiquée une fois par M. Poncet à l'hôpital de la Croix-Rousse, elle fut suivie de bons résultats. Malheureusement, une telle pratique n'assure la vie du patient qu'au prix de la plus dégoûtante des infirmités.

Depuis que, dans ces dernières années, l'emploi des méthodes antiseptiques a rendu innocentes tant d'interventions chirurgicales pratiquées sur les viscères, interventions qui eussent paru autrefois bien téméraires et bien dangereuses, depuis surtout que l'extirpation du rectum a de nouveau été faite par un grand nombre de chirurgiens dans les cas de néoplasmes, M. le professeur Poncet avait pensé qu'une des indications les plus nettes de la rectectomie devait être les rétrécissements syphilitiques du rectum.

Cette opération, qui donnait des résultats si satisfaisants dans les cas de cancer, ne devait-elle pas en donner de meilleurs encore dans les cas de rétrécissement syphilitique où il n'y a à redouter ni généralisation, ni infection ganglionnaire, ni récurrence ? L'expérience a d'ailleurs prouvé l'exactitude de cette manière de voir : les faits parlent éloquemment en sa faveur et nous essaierons d'établir, dans ce travail, que cette intervention si rationnelle est justifiée de tous points, qu'elle seule est capable d'atténuer la sévérité du pronostic, et qu'enfin, dans la majorité des cas, elle suffit à assurer la cure radicale du mal.

Nous n'avons pas trouvé dans la science un bien grand nombre d'observations relatives à l'extirpation du rectum dans des cas de rétrécissements syphilitiques. Tout au moins, en possédons-nous quelques-unes dont la valeur démonstrative est grande. Ces observations jointes à celles que nous avons pu recueillir dans le service de M. le

professeur Poncet, sont toutes très favorables à la méthode de l'extirpation. Elles forment un faisceau de preuves déjà suffisant. Espérons que, dans un avenir prochain, des faits nouveaux viendront grossir le nombre de ceux que nous rapportons aujourd'hui.

Notre travail sera surtout une œuvre de thérapeutique chirurgicale. Cependant, nous consacrerons quelques pages, d'ailleurs très brèves, à l'histoire des rétrécissements syphilitiques, persuadé que ces considérations doivent influencer pour une large part dans le choix de toute méthode thérapeutique. Dans notre cas, elles font bien ressortir la nécessité du traitement que nous proposons.

Une autre raison nous a engagé à insister sur ces préliminaires : la nature et la pathogénie des rétrécissements syphilitiques du rectum sont aujourd'hui entourées d'obscurité : l'anatomie microscopique des lésions au début n'a pas encore été faite. Grâce à la sagacité de M. le D^r Dor, nous avons eu la bonne fortune de pouvoir étudier ces lésions, et cette observation histologique jette un jour tout particulier sur la nature des rétrécissements rectaux et sur leur pathogénie. Elle constitue une preuve de la théorie du professeur Fournier, théorie non démontrée et par suite, contestée par beaucoup d'auteurs.

Notre travail comprendra trois chapitres.

Dans le premier, nous étudierons l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie, la symptomatologie et le pronostic des rétrécissements syphilitiques du rectum.

Dans le deuxième, nous passerons rapidement en revue les diverses méthodes thérapeutiques jusqu'ici employées dans le traitement de cette affection : nous en ferons la critique et nous démontrerons leur insuffisance.

Dans le troisième nous exposerons le traitement par l'extirpation et nous tâcherons de prouver que cette méthode est capable d'amener une guérison radicale. Nous pensons, et c'est là l'opinion de M. le professeur Poncet, que l'ablation, quelle que soit d'ailleurs la nature du rétrécissement, est la méthode thérapeutique de choix, en dehors des cas où la coarctation est constituée par une simple bride, une simple valvule.

L'idée première de ce modeste travail nous a été inspirée par M. le professeur Poncet. En acceptant de traiter un sujet aussi délicat, nous assumions une lourde tâche. Cependant nous n'avons pas hésité, car nous étions confiant dans la bienveillance de ce savant maître et sûr de trouver auprès de lui un guide toujours disposé à nous prodiguer ses conseils. Qu'il veuille bien nous permettre de lui exprimer ici l'hommage de notre reconnaissance pour l'affabilité avec laquelle il nous a toujours accueilli, et pour les indications précieuses qu'il nous a fournies maintes fois.

Nous tenons aussi à lui affirmer notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous remercions M. le professeur agrégé Jaboulay des détails qu'il nous a fournis au sujet des opérations relatives dans nos observations.

C'est à la sagacité de M. le D^r Dor que nous devons la découverte de lésions histologiques non signalées jusqu'à ce jour. Il s'est mis à notre disposition avec une amabilité extrême pour pratiquer les examens microscopiques, et nous a abandonné ses recherches avec une générosité dont nous lui sommes particulièrement reconnaissant.

Enfin, c'est pour nous un devoir de cœur que d'adresser nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté de médecine de Lyon et de l'École du service de santé militaire, auprès desquels nous n'avons trouvé que des sympathies, et dont les savantes leçons nous ont permis de mener à bien nos études.

DES
RÉTRÉCISSEMENTS SYPHILITIQUES
DU RECTUM

LEUR TRAITEMENT PAR L'EXTIRPATION

CHAPITRE PREMIER

Etiologie. Pathologie. Anatomie pathologique
Symptomatologie et diagnostic.
Marche, durée. Complication et pronostic.

Le rôle étiologique de la syphilis dans la production des rétrécissements rectaux, signalé d'abord par Morgagni, a été mis en lumière pour la première fois par le professeur Gosselin, dans un important mémoire publié en 1854. Depuis cette époque, bien des recherches ont été faites sur cette affection ; elle a été l'objet de longues discussions à la Société de Chirurgie de Paris, en 1872 et 1873.

Et cependant la question n'est pas encore tranchée. Il y a quelques jours à peine, le professeur Duplay, dans une leçon clinique publiée dans la *Semaine médicale* (23 novembre 1892), niait l'existence des prétendus rétrécissements syphilitiques, reprenant ainsi les vieilles idées

de Costallat et Tranchou. Pour lui, les rétrécissements du rectum, à part les rétrécissements congénitaux, traumatiques ou cancéreux, sont tous de nature inflammatoire ; ils résultent d'une phlegmasie aiguë ou chronique des parois rectales, reconnaissant des causes variées. Si la syphilis peut être parfois invoquée comme cause de ces rétrécissements, elle n'agit que d'une façon indirecte en déterminant une inflammation du rectum.

Aujourd'hui, cependant, la plupart des auteurs admettent la syphilis au nombre des causes directes de certains rétrécissements du rectum. Mais où les opinions divergent de nouveau, c'est lorsqu'il s'agit d'expliquer comment la syphilis produit ces rétrécissements. Plusieurs théories essaient d'interpréter la pathogénie.

Gosselin n'admet pas que la maladie soit l'expression de la diathèse syphilitique. « Il s'agit là, dit-il, d'une forme d'affection syphilitique que les auteurs n'ont pas nommée ; et qui n'est pas autre qu'une lésion locale ou de voisinage, due à une modification toute spéciale de la vitalité dans les tissus contaminée par le virus chancreux. » Le chancre détermine une rectite inflammatoire suivie de modifications des parois intestinales qui amèneront plus tard le rétrécissement.

Une seconde opinion, formulée par Desprès dans un article publié en mars 1856, dans les *Archives générales de médecine*, fait du rétrécissement syphilitique une conséquence d'un chancre ou d'une plaque muqueuse du rectum devenus phagédéniques. La cicatrice résultant de l'ulcération serait la cause du rétrécissement.

Cette manière de voir, qui rattache la coarctation intestinale à la production d'une cicatrice, a été reprise ultérieu-

rement, mais la lésion ulcéreuse ne serait ni le chancre, ni la plaque muqueuse : ce serait une syphilide de la période tertiaire.

Dès 1874, le professeur Fournier considérait le rétrécissement comme un accident constitutionnel de la syphilis, comme une conséquence d'une hyperplasie interstitielle des parois du rectum, à laquelle il donna le nom de syphilome ano-rectal, et qui, aboutissant à la dégénérescence fibreuse, détermine, par rétraction consécutive, la coarctation intestinale.

MM. Trélat et Delens, dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique*, émettent une opinion à peu près semblable. Il pensent que « cette hyperplasie sous-muqueuse de la paroi rectale, peut se développer sous l'influence de la diathèse syphilitique » ; ils la considèrent comme voisine de la structure de la gomme et en font un accident « quaternaire » de la syphilis.

La question fut soulevée bien des fois à la Société de Chirurgie de Paris, et c'est à l'opinion précédente que se rattachaient MM. Guérin, Panas et Verneuil.

En réalité, *la syphilis est bien une cause, et une cause des plus fréquentes des rétrécissements rectaux.*

Elle peut y conduire par des processus anatomiques différents. Nous allons essayer de démontrer ces propositions à l'aide de faits précis.

1° En premier lieu, les rétrécissements peuvent être produits par la rétraction cicatricielle d'ulcérations spécifiques de la période tertiaire.

Les syphilides rectales ulcéreuses de la période tertiaire s'observent dans deux conditions différentes.

Le plus souvent, elles occupent la partie inférieure du rectum et ne sont que la continuation de lésions de même nature développées sur l'anus. D'autres fois, mais ceci est moins fréquent, les lésions rectales existent seules, indépendamment de toute ulcération anale. Ces lésions, quoique rares, ont été nettement observées : leur origine syphilitique est indéniable et n'est d'ailleurs plus contestée. Or, on a pu suivre pas à pas, par le toucher et même par la vue, la réparation de l'ulcère ; et la production d'une cicatrice en forme de bride, de valvule ou d'anneau, diminuant peu à peu la lumière de l'intestin et aboutissant progressivement au rétrécissement confirmé du rectum.

On a avancé que le chancre anal, les plaques muqueuses, compliquées ou non de phagédémisme, pouvaient aussi amener une coarctation de l'intestin. Il n'en est rien. Ces lésions sont trop superficielles pour produire une rétraction cicatricielle : nous les voyons guérir sans laisser d'autres traces que de simples macules, promptes elles-mêmes à disparaître.

D'ailleurs, le chancre intra-rectal est extrêmement rare, si rare que Fournier, dans sa longue pratique à l'hôpital de Lourcine, dit ne pas en avoir observé un seul et, fait-il observer, ce n'est pas faute de l'avoir cherché. D'autre part, le phagédénisme n'est pas dans les mœurs du chancre infectant.

Seules les syphilides ulcéreuses de la période tertiaire ou de la période secundo-tertiaire entraînent des lésions assez profondes ou des pertes de substance suffisantes, pour créer ensuite des cicatrices susceptibles de rétrécir la lumière de l'intestin.

2° En second lieu, suivant la théorie du professeur

Fournier, « il est des rétrécissements rectaux syphilitiques qui dérivent d'une hyperplasie interstitielle des parois rectales, sans ulcérations primitives » ; il est en un mot des rétrécissements qui se produisent comme une conséquence du syphilome ano-rectal : et ce sont de beaucoup les plus fréquents.

Cliniquement, on a pu observer des modifications de la paroi rectale, se traduisant d'abord par la diminution de la souplesse des tissus qui deviennent durs et rigides. Les parois du cylindre s'épaississent ; la muqueuse de l'intestin devient inégale et parcourue par des cannelures verticales. Jamais à cette période la muqueuse n'est ulcérée ; jamais elle n'est le siège de cicatrice, de brides ou de dépressions inodulaires. En un mot, le processus est interstitiel, il se passe dans l'épaisseur de la paroi intestinale ; il ne dérive pas d'une lésion de la surface.

Telle est la théorie du professeur Fournier, basée uniquement sur la clinique, et sur l'analogie qui doit exister entre les lésions du foie ou du testicule à cette période de la syphilis et les lésions du rectum. Il lui manquait une preuve tirée d'observations anatomo-pathologiques : la syphilis produit dans le foie une hyperplasie qui aboutit ensuite à la formation de cicatrices. Mais les lésions doivent-elles se comporter de la même façon dans le rectum ? C'est probable ; mais ce n'est qu'une hypothèse. Aussi, cette théorie, quoique rationnelle, est loin d'être admise par tous les chirurgiens. Voici M. Duplay qui, tout récemment, dans l'article cité plus haut, s'élève contre elle. « A mesure, dit-il, que j'ai observé des faits plus nombreux de rétrécissements syphilitiques du rectum, j'ai été conduit à douter de son exactitude, et

à l'heure présente, je crois pouvoir dire qu'elle se trouve fréquemment en contradiction avec l'observation clinique et que, très vraisemblablement, la théorie du syphilome ano-rectal doit être rejetée, comme n'étant pas l'expression de la vérité. » Il appuie ses affirmations sur ce que très souvent les malades rétrécis n'ont pas d'antécédents syphilitiques et sur ce que le traitement spécifique qui, partout ailleurs réussit si bien, reste absolument impuissant contre le syphilome ano-rectal.

En réalité les objections de M. Duplay n'ont pas grande valeur : quoi d'extraordinaire à ce que l'on ne puisse retrouver les antécédents de syphilis chez les malades ? Les accidents primaires ou secondaires ont très bien pu échapper. D'autre part, c'est quelquefois huit à dix ans après le début de la syphilis qu'apparaissent les rétrécissements confirmés. Après un temps aussi long, les malades, peu observateurs, peuvent avoir perdu la mémoire des symptômes de syphilis qu'ils n'ont jamais bien remarqués et dont ils n'ont pas compris la portée. Enfin, rappelons que les rétrécis sont surtout des femmes et que beaucoup d'entre elles nient effrontément tout antécédent douteux d'une manière systématique. La seconde objection est fausse. Il y a des cas très précis où la lésion, prise au début, a été guérie par le traitement spécifique : nous en rapportons plusieurs exemples au chapitre du traitement. Si les médicaments spécifiques sont le plus souvent inefficaces, c'est parce que la lésion n'est pas traitée assez tôt. Lorsque le rétrécissement est constitué par du tissu fibreux, quoi d'étonnant à ce que l'iodure n'agisse plus ? Agit-il davantage sur les cicatrices du foie ayant succédé aux gommages ? Et cependant ces cicatrices sont

bien des accidents de la syphilis constitutionnelle : personne ne le nie.

La théorie de Fournier reste intacte après la critique de Duplay ; mais elle n'est pas démontrée vraie pour cela. Il n'y avait qu'un moyen de la faire sortir du rang des hypothèses, c'était de vérifier microscopiquement ce qu'étaient au début les lésions du syphilome ano-rectal. C'est ce que nous avons fait. Les lésions trouvées seront décrites plus loin avec l'anatomie pathologique ; elles sont suffisamment démonstratives pour constituer une preuve, et de la nature syphilitique du mal, et du processus par lequel la syphilis engendre les rétrécissements rectaux.

Anatomie pathologique. — Ces rétrécissements sont le plus souvent des rétrécissements inférieurs du rectum. Sur 58 cas notés dans la thèse de Perret, nous trouvons : 4 cas à partir de l'anus, 32 au-dessous de 6 centimètres, 3 cas à 6 centimètres, 7 cas entre 6 et 9 centimètres, 4 cas à 9 centimètres, 5 cas au-dessus de 9 centimètres ; c'est-à-dire que dans 90 0/0 des cas environ, les limites supérieures du rétrécissement sont accessibles au doigt. Le siège de prédilection est la région ampullaire du rectum et en particulier le niveau où la région ampullaire se continue avec la région sphinctérienne. L'anus peut être envahi et cela est même assez fréquent. D'autres fois, mais c'est très rare, le rétrécissement siège dans des parties élevées de l'intestin. M. Le Dentu a observé un cas où le rétrécissement siégeait à 15 centimètres de l'anus.

Le rétrécissement syphilitique est presque toujours unique. Quelquefois cependant il est double et Nélaton, au

tome V de sa *Pathologie chirurgicale*, rapporte un cas où il était triple.

Sa forme et son étendue sont variables, en rapport avec la lésion anatomique qui lui a donné naissance. Nous en distinguerons trois types :

1° Les rétrécissements valvulaires, en croissant, en éperon, n'occupent qu'une partie de la circonférence de l'intestin.

2° Les rétrécissements annulaires affectent la forme d'une virole faisant saillie à l'intérieur du tube digestif.

Ces formes sont produites par des ulcérations rectales ; ce sont des rétrécissements cicatriciels. Ils ont une hauteur qui ne dépasse guère un demi-centimètre à un centimètre.

3° Les rétrécissements cylindriques occupent un segment du digestif, sur une hauteur qui varie de 3 à 8 centimètres d'après Fournier. En général, ils ne dépassent guère 3 à 4 centimètres environ. Ce sont des rétrécissements hyperplasiques produits par l'évolution du syphilo-
lome ano-rectal.

Ces rétrécissements constituent la forme la plus sérieuse des coarctations intestinales. Ce sont les plus rebelles aux moyens de traitement, ce sont eux surtout qui relèvent de la thérapeutique chirurgicale que nous proposons aujourd'hui.

Lorsque, sur la table d'amphithéâtre, on fend un intestin atteint de rétrécissement cylindrique, on constate que sa résistance à l'instrument tranchant est considérable. La coupe est d'un gris blanchâtre et légèrement ardoisée ; elle affecte la forme d'un fuseau, dont l'épaisseur maximum, au niveau du ventre, est de 4 à 5 millimètres en

moyenne, mais pouvant atteindre un centimètre et même davantage. A partir de ce point, les parois vont en s'amin-
cissant peu à peu vers la partie supérieure, plus brusque-
ment vers la partie inférieure.

La muqueuse n'a plus sa coloration, qui est, normale-
ment, rose blanchâtre sur le cadavre ; elle est d'un rouge
violacé. Elle présente quelquefois des ulcérations plus ou
moins profondes ; toujours elle est parsemée de petites
élevures d'un millimètre environ, rugueuses, disposées
en colonnettes longitudinales qui donnent au toucher la
sensation d'une langue de chat.

Sur la coupe, on constate que tous les éléments nor-
maux des tuniques rectales sont confondus en un seul
bloc. La muqueuse est très épaissie et si adhérente aux
parties profondes qu'on ne peut arriver à l'en séparer.

Au point de vue histologique, nous envisagerons les ré-
trécissements syphilitiques à deux périodes de leur évo-
lution, au début et à la période d'état.

Les lésions histologiques du début n'ont pas encore été
signalées. La science est jusqu'ici muette sur ce point. Les
recherches que nous avons entreprises avec M. le D^r Dor à
ce sujet, dans les bibliographies française, anglaise et alle-
mande, sont restées vaines. Aussi, croyons-nous être les
premiers à donner une description de ces lésions du début,
si importantes, non seulement au point de vue anato-
mique, mais encore relativement à la nature et à la
pathogénie des rétrécissements.

L'examen microscopique a porté sur le rétrécissement
enlevé à M^{lle} N... (observation II). Il a été pratiqué
par M. le D^r Dor.

L'épaississement portait surtout sur la couche muscu-

laire dont l'aspect chair d'anguille frappait au premier abord. Des petits fragments ont été enlevés et durcis par immersion dans l'alcool pendant vingt-quatre heures, puis dans la gomme. La pièce a été colorée par le picro-carmin, et déshydratée par l'alcool, durcie dans l'essence de girofle et montée dans le baume de Canada. Des coupes ont été pratiquées suivant l'axe longitudinal du rectum et présentent à considérer, en allant de dehors en dedans, quatre couches.

1° La première, la plus externe, est une couche de tissu conjonctif lâche, présentant par places des amas de cellules adipeuses et en d'autres points une infiltration de cellules embryonnaires disposées sans ordre particulier.

2° La seconde couche est la couche des fibres musculaires longitudinales, limitée nettement en dehors, par une bande colorée en jaune d'or par le picro-carmin et dans laquelle on trouve des fibres musculaires lisses typiques. — Dans les interstices de ces fibres sont infiltrées une quantité considérable de cellules migratrices. Il existe des points où ces mêmes cellules sont accumulées en amas arrondis. Elles présentent le même aspect dans toute l'étendue de ces petits nodules. Il n'y a pas au centre d'indice de dégénérescence, mais on y rencontre quelques vaisseaux capillaires dont la paroi paraît un peu augmentée de volume.

3° En dedans de cette couche longitudinale, qui a environ un millimètre d'épaisseur, on trouve la troisième couche formée par des fibres musculaires circulaires. Cette couche a au moins 4 millimètres d'épaisseur. Sauf un peu d'infiltration par des cellules migratrices, elle n'offre rien de spécial à noter. Les faisceaux musculaires y sont très

réguliers, dans presque toute l'étendue. En un point seulement, il existe une lacune paraissant provenir d'une ulcération de la muqueuse se prolongeant jusqu'aux fibres musculaires. Dans ce point on ne reconnaît très nettement les fibres musculaires que dans une étendue de 2 millimètres environ. Le reste de cette couche est dans un état de désintégration assez avancé. Mais ce processus paraît limité à un point très localisé de la préparation.

4° En dedans nous trouvons une quatrième couche, très nettement limitée du côté de la couche musculaire par une interruption brusque des fibres colorées en jaune orangé par le picro-carmin, tandis que d'une façon générale, l'ensemble de la quatrième couche présente une coloration beaucoup plus rouge.

Cette quatrième couche a environ 3 millimètres. Au premier abord, on est frappé par l'absence totale de glandes, ou même de rudiments glandulaires. Il n'existe absolument qu'un tissu particulier que nous allons décrire.

On rencontre d'abord de longues fibres disposées tantôt d'une façon parallèle et régulière, tantôt au contraire présentant un enchevêtrement inextricable, et que l'on reconnaît être des fibres musculaires lisses, vestige probable de la *muscularis nucosæ*: on observe aussi de nombreuses fibres conjonctives. — Entre ces fibres existe une infiltration extrêmement considérable de petites cellules embryonnaires. Elles sont disposées la plupart sans aucun ordre, mais un grand nombre se sont groupées en amas arrondis donnant au premier abord une impression de follicule tuberculeux. Mais par un examen à un plus

fort grossissement, on reconnaît qu'il n'existe à leur centre aucune cellule géante. Il est vrai que l'on ne peut pas non plus trouver les indices d'une dégénérescence qui puisse être invoquée pour les considérer comme de petites gomme. En un point de la préparation on trouve un de ces amas beaucoup plus volumineux que tous les autres très visible à l'œil nu, et situé à l'union de la troisième et de la quatrième couche. A l'examen microscopique, on constate que l'on est en présence d'un tissu constitué essentiellement par des cellules embryonnaires, identiques à la périphérie et au centre. L'ensemble de ce petit nodule qui paraît bien être une gomme est limité par des cellules musculaires à peine reconnaissables, car elles ont subi une sorte de désintégration. Fait important à noter, il existe au centre de ce nodule, des vaisseaux capillaires. D'ailleurs la vascularisation de toute cette quatrième couche est extrêmement développée. — Les plus gros de ces vaisseaux présentent un peu d'endartérite et de la périartérite; il existe aussi de véritables lacunes vasculaires occupant la moitié du champ du microscope avec l'objectif 7 et l'oculaire 1. En d'autres points la vascularisation est tellement développée, qu'avec le même grossissement on compte une trentaine de vaisseaux capillaires coupés perpendiculairement à leur axe. Vu l'absence complète de glandes dans cette couche, il est probable que toute la portion interne de la muqueuse a desquamé et que toute cette quatrième couche que nous venons de décrire est constituée uniquement par la sous-muqueuse. En aucun point de la préparation, on ne peut trouver à la périphérie l'extrémité de culs-de-sac glandulaires, ce qui transformerait cette hypothèse en certitude. La prépa-

ration est limitée à la partie interne par un tissu identique à celui qui constitue le reste de la quatrième couche.

La recherche des bacilles de Lustgarten n'a pas été pratiquée.

Cette abondante prolifération de cellules embryonnaires, réparties au milieu des fibres, et tantôt disséminées en nappes étendues, tantôt groupées en nodules et développées dans un milieu abondamment vascularisé, est l'indice d'une inflammation de nature particulière et qui doit être rattachée à la syphilis avec une certitude presque absolue. Les nodules ne présentent pas, il est vrai à leur partie centrale la dégénérescence que l'on rencontre habituellement à l'intérieur des gommages ; mais que peuvent rappeler ces nodules arrondis, entourés de tissu conjonctif, sinon la syphilis ? on ne peut évidemment songer au follicule tuberculeux, on ne retrouve ni cellules géantes, ni zone épithélioïde, ni dégénérescence caséuse. En outre, la vascularisation abondante vient à l'encontre de la tuberculose.

Est-ce de l'inflammation simple ? Assurément non. Elle ne produit pas ces groupements cellulaires en nodules arrondis. L'inflammation rectale développée au contact des ulcérations dysentériques, par exemple, ne rappelle pas les lésions que nous décrivons.

C'est d'ailleurs au diagnostic de lésion syphilitique que se sont rattachés M. le professeur Tripier et M. le professeur agrégé Bard qui ont bien voulu nous donner leur opinion sur cette préparation.

Les lésions du rétrécissement confirmé ont été décrites par M. Malassez dès 1872. La portion rectale rétrécie est alors constituée surtout par du tissu conjonctif fibreux qui

enserre les fibres musculaires et qui tend à envahir l'épaisseur entière des tuniques rectales.

Physiologie pathologique de ce tissu cicatriciel. — La caractéristique primordiale de ce tissu cicatriciel, sa propriété physiologique essentielle, est la rétractilité ; elle est fonction de son organisation elle-même comme l'ont démontré MM. Robin et Verneuil. Aussi, la conséquence inévitable de l'existence de la masse fibroïde dans les parois du tube digestif sera la diminution progressive de sa lumière.

Une autre propriété du tissu des rétrécissements est son inextensibilité à peu près complète. Il en résulte que, si l'on veut ramener l'intestin rétréci à son calibre normal, on ne peut le faire sans déchirure de l'obstacle. Cette rupture amènera une nouvelle infiltration plastique et la production d'un nouveau tissu cicatriciel. Aussi le traitement, après avoir paru couronné de succès pour avoir momentanément rétabli les dimensions de l'intestin n'aura souvent d'autre résultat, après la cessation des moyens dilatants, que d'amener une étroitesse plus grave que jamais.

Lésions de voisinage et complications. — Au-dessus du rétrécissement nous trouvons des lésions constantes du tube digestif. Les matières fécales, amenées jusqu'au niveau de la coarctation par les contractions intestinales, s'accumulent en amont du rétrécissement et finissent par altérer les parois rectales. Celles-ci s'hypertrophient d'abord sous l'influence de l'excès de travail ; puis elles s'altèrent et perdant leur contractilité elles se laissent dilater. Ces faits expliquent comment des rétrécissements, bien qu'incomplets, entraînent la rétention des matières et aussi leur incontinence. Au-dessus de la stricture, la mu-

queuse présente presque constamment une ulcération dont M. Gosselin le premier a donné la description en 1844 dans ses cliniques de la Charité. C'est à proprement parler une « exulcération », car elle est très superficielle, intéressant seulement la couche épithéliale et une très légère profondeur du derme. En effet, les glandes de la muqueuse ont été trouvées intactes à son niveau par M. Malassez. Elle se fait le plus généralement en nappe et rarement en îlots. Son étendue peut être considérable. M. Gosselin lui attribue 5 à 6 centimètres de hauteur ; mais dans une observation de M. Berger, nous trouvons 19 centimètres ; 20 centimètres dans une observation de Hahn (*Arch für kl. Chir.*, t. XXIX, 1883) ; et même 25 centimètres dans une autopsie publiée par le même auteur.

Cette ulcération n'est pas spécifique, et la preuve c'est qu'on la retrouve dans les rétrécissements rectaux qui n'ont rien de syphilitique. Elle est due simplement au contact prolongé des matières avec la muqueuse et à l'inflammation chronique de celle-ci. La surface est la source d'un écoulement purulent qui contribue pour une grande part à l'épuisement des malades.

Comme autre complication de voisinage, nous signalerons des fistules qui partent de l'intestin à différentes hauteurs :

1° Les unes naissent au-dessus du rétrécissement ; ce sont des voies collatérales par lesquelles s'échappe sans cesse un mélange de bouillie stercorale, de pus infect et de sang. Leur trajet long et sinueux s'ouvre en dehors du pourtour de l'anus.

2° Les autres partent du rétrécissement lui-même ; elles ont pour origine ces petites collections purulentes qui

siègent au milieu des fibres de la coarctation et qui ont été signalées en 1872 par M. Malassez (*Bulletin de la Société anatomique*).

3° D'autres enfin, décrites en 1878, par M. Trélat (*Progrès médical*), sont d'après lui propres aux rétrécissements syphilitiques. Elles sont parfaitement sèches et ne fournissent aucun liquide ; presque aussitôt que formé, leur trajet se cicatrise nettement ; elles sont ordinairement multiples et intéressent la région inférieure au point rétréci, loin de le contourner pour s'ouvrir au-dessus de lui.

La symptomatologie et le diagnostic seront étudiés rapidement : En effet, les rétrécissements syphilitiques, en tant que coarctations intestinales, n'ont pas une symptomatologie différente de celle des autres strictures de l'intestin.

La maladie débute par une période latente que le médecin a bien rarement l'occasion d'observer, car les symptômes sont encore trop peu accusés pour attirer l'attention. C'est tantôt de la rareté des selles que les patientes attribuent à une simple constipation, tantôt des douleurs dans le petit bassin, rapportées volontiers à une lésion de l'utérus ou des annexes. Quelquefois l'un des premiers symptômes est l'excrétion de pus, avec ou sans mélange de sang.

A mesure que la lésion progresse et que la maladie passe à la période d'état, les signes deviennent plus précis. Le rétrécissement confirmé se révèle par quatre symptômes principaux : la constipation, la difficulté des selles, la modification dans la forme et le calibre des matières, enfin la suppuration rectale.

La constipation, conséquence physique de la lésion, est

remarquable par son intensité et sa persistance. Elle est combattue d'abord avec succès par les lavements et les purgatifs ; mais, plus tard, ces moyens deviennent inefficaces. Les malades restent 4, 5, 6 jours, quelquefois plus, sans aller à la selle. De temps en temps surviennent des poussées diarrhéiques et de véritables débâcles.

Les selles deviennent de plus en plus difficiles, elles ne sont obtenues qu'au prix de souffrances horribles et d'efforts souvent inouïs. Les malades s'ingénient de toutes les façons pour faciliter ces laborieuses expulsions ; elles ont recours aux stratagèmes les plus extraordinaires et souvent, dans l'espoir de diminuer cette torture, afin de prévenir l'accumulation des matières dans leur intestin, elles vont jusqu'à se priver de nourriture dans la mesure du possible.

Les matières sont modifiées dans leur calibre qui est toujours diminué : elles sortent aplaties, effilées, rubanées, ou ovillées, suivant leur consistance et le degré du rétrécissement.

L'écoulement de pus par le rectum est quelquefois un symptôme de début. Il ne manque jamais à la période d'état : les matières glaireuses ou purulentes sont tantôt rejetées au commencement des selles, tantôt avec les fèces qu'elles enrobent ; elles ont pour origine l'ulcération sus-jacente au rétrécissement.

L'examen direct de la région nous révèle des signes intéressants. Dans le voisinage de l'anus, on voit les orifices des fistules précédemment décrits : il est rare qu'elles fassent défaut. Un signe, plus important au point de vue du diagnostic, est fourni par la présence autour de l'anus de petites tumeurs du volume d'un pois ou d'une

noisette, dures, élastiques, lardacées, de couleur rougeâtre, auxquelles on a donné le nom de condylomes ou bouquets condylomateux. Ces productions sont le résultat de l'infiltration hyperplasique de l'anus où le tissu morbide, rencontrant une région à plicatures froncées, se fragmente en lobules, au lieu de se répandre en cylindre régulier. Elles sont en quelque sorte une manifestation extérieure de la lésion rectale et signent le diagnostic du syphilome.

Le toucher rectal ne devra jamais être négligé, mais toujours il sera pratiqué avec la plus grande douceur. Il faudra autant que possible être sobre de manœuvres et surtout éviter de forcer. Rappelons-nous le cas de Lannelongue (*Gazette des hôpitaux*, 1872) et celui rapporté par Pinguet (thèse de Paris, 1873), où le toucher rectal fut suivi de péritonite et de mort. Par ce mode d'exploration, on sent que la partie rétrécie ne modifie pas la direction de l'intestin, mais qu'elle le transforme en un cylindre rigide. La surface de la muqueuse est rugueuse, mamelonnée, mais relativement régulière. On apprécie quelquefois avec assez de netteté la forme en sablier de stricture.

Les rétrécissements syphilitiques ont une physionomie propre qui en rend le *diagnostic* facile. La notion des antécédents, la situation presque toujours inférieure de la coarctation, sa forme en cylindre régulier d'une hauteur de plusieurs centimètres, sa surface relativement lisse et la présence des condylomes autour de l'anus, forment un faisceau de signes auxquels le chirurgien reconnaîtra le plus souvent la nature du mal.

Le rétrécissement syphilitique pourrait être confondu avec le cancer rectal, surtout avec le cancer au début.

Mais le cancer est plus irrégulier, plus bosselé, marronné; il forme une grosse tumeur de consistance inégale, dure sur certains points, mollasse et fongueuse sur d'autres, qui obstrue le rectum en le comprimant, plutôt qu'il ne le rétrécit; cette tumeur saigne avec la plus grande facilité; elle est friable et le doigt qui opère le toucher en rapporte toujours des détritits; elle est ulcérée par place et sécrète un ichor sanieux d'une horrible fétidité. La marche, quoique lente, évolue vers la cachexie beaucoup plus rapidement que la stricture syphilitique.

Tous ces caractères du cancer sont bien différents de ceux du syphilome et permettent de les distinguer, sauf dans des cas très rares.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire les rétrécissements traumatique et dysentérique; l'étude des antécédents et les caractères bien tranchés de ces lésions nous dispensent d'insister sur le diagnostic.

Marche. Complications et pronostic. — La marche de la maladie est très lente, mais elle est fatalement progressive.

Les symptômes locaux se succèdent dans l'ordre que nous avons indiqué; après un temps variable suivant la constitution des sujets et la nature des rétrécissements, ils retentissent sur l'ensemble de l'organisme, la santé générale commence à s'altérer et la cachexie se prépare. Dès lors, les progrès des symptômes généraux sont rapides, si l'art n'intervient pas. Les fonctions digestives sont les premières atteintes: l'appétit diminue, puis disparaît, quelquefois même, survient un véritable dégoût des aliments. La langue est grisâtre, saburrale, les digestions

lentes et difficiles ; la nutrition est profondément troublée. A une certaine période de la maladie, l'état moral de ces infortunés est lamentable. En proie à des souffrances atroces, et voyant leur santé décliner de jour en jour, ils deviennent tristes, moroses et irritables ; ils sont indifférents à ce qui les entoure, à leurs travaux, à leurs plaisirs ; ils ne sont préoccupés que d'une idée, celle de débarrasser leur intestin. Objets de dégoût pour eux-mêmes comme pour les autres, ils s'isolent peu à peu de la société ; le désespoir s'empare de leur esprit et des idées de suicide se présentent à eux. L'inappétence devient peu à peu absolue, la dénutrition est effrayante ; la diarrhée, la fièvre hectique et les sueurs apparaissent et finalement les malades meurent dans le marasme. Mais cette terminaison est souvent prévenue par l'apparition d'une maladie intercurrente qui vient se greffer sur ces organismes affaiblis et qui emporte le patient : c'est tantôt un érysipèle, tantôt la pneumonie, la grippe, etc., et, fréquemment la tuberculose. La mort par phtisie est signalée par Cortallat, Lancereaux, Trélat, Verneuil, Gosselin, etc.

D'autres fois, c'est un phlegmon diffus, ou une péritonite qui vient hâter le dénouement.

La terminaison est plus ou moins rapide suivant la résistance du sujet et suivant le traitement qui est appliqué ; la durée moyenne est de cinq ou six ans, mais elle peut aller jusqu'à huit ans, douze ans même, comme dans un cas de Fournier.

Le pronostic est d'une extrême gravité dans les cas de rétrécissements confirmés, et surtout dans la forme annulaire et cylindrique. On pourrait presque dire qu'il est fatal dans ces variétés, au moins avec les anciens modes

de traitement. « Plus on étudie cette maladie, plus on arrive à cette conclusion, qu'on ne peut la guérir complètement. Tout ce que l'on peut faire, c'est de mettre les malades dans des conditions moins fâcheuses, de prolonger leur existence en attendant le développement des tubercules et en permettant aux fonctions digestives de s'accomplir un peu mieux. » Voilà ce qu'écrivait M. Gosselin dans la *Gazette des Hôpitaux*, et cela en 1879. Nous croyons, aujourd'hui, pouvoir en appeler d'un pronostic aussi sombre et nous essaierons de démontrer que la cure radicale par l'extirpation du rétrécissement est possible. Mais, auparavant, passons en revue les différents traitements qui, jusqu'à nos jours, ont été appliqués à cette affection redoutable.

CHAPITRE II

Anciens traitements appliqués aux rétrécissements syphilitiques du rectum.

Les anciennes méthodes préconisées dans le traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum sont nombreuses, et cette multiplicité même est un indice de leur peu d'efficacité. Les unes sont d'ordre médical, les autres d'ordre chirurgical : ces dernières peuvent être rangées en trois groupes : la dilatation, l'électrolyse et la rectotomie.

A. Traitement médical. — Il semble, *a priori*, que les spécifiques de la syphilis : le mercure et les iodures, doivent avoir une action curative sur les rétrécissements du rectum dus à la syphilis. Et cependant les cas de guérison par ces médicaments sont excessivement rares : Vidal de Cassis en rapporte un, M. Fournier en cite deux dans ses *Leçons sur la syphilis biliaire*. Enfin M. Trelat, dans une lettre adressée à M. Fournier relate deux « quasi-guérisons ». Ainsi dans cinq cas seulement

l'accident syphilitique a été conjuré par la médication spécifique : c'est peu assurément. Aussi certains auteurs se basent-ils sur ces faits pour nier la nature syphilitique de la lésion. Mais la cicatrice du foie succédant à l'hyperplasie gommeuse ou le testicule atrophique qui fait suite au sarcocèle, sont-ils davantage améliorés par l'iodure ? Non certainement, et cependant ces mêmes auteurs ne songent pas à contester leur origine spécifique. Alors que les rétrécissements syphilitiques du rectum sont encore constitués par l'infiltration embryonnaire, qu'ils sont encore à l'état de syphilome ano-rectal, ce sont des lésions syphilitiques et ils sont susceptibles d'être améliorés ou guéris par la médication mercurielle et iodurée. Plus tard, le tissu syphilomateux perd sa spécificité ; il se transforme en tissu conjonctif dense et ne relève plus du traitement antisymphilitique. Le peu de succès de celui-ci dans les rétrécissements rectaux, provient de ce que la lésion n'est presque jamais soignée au stade du syphilome : à cette période, la maladie n'entraîne pas des troubles suffisants pour attirer l'attention et il est exceptionnel qu'elle soit diagnostiquée. Mais il est péremptoire que « les lésions constitutives du rétrécissement rectal hyperplasique sont susceptibles, à une époque jeune encore de leur évolution, d'être heureusement influencés par l'administration des spécifiques. » (Fournier).

B. Traitement chirurgical. — I. DILATATION. —
Elle peut être lente et progressive ou bien forcée.

a) *Dilatation lente.* — Cette méthode, la plus ancienne de toutes, a été employée pour la première fois

par Desault qui se servait de mèches enduites de substances médicamenteuses comme moyen dilatant. Les instruments que les chirurgiens ont inventés pour pratiquer la dilatation sont très nombreux : Ancelin, Claudinus, Desault, Béniqué, Tranchou, Costallat, Copeland, ont successivement préconisé des modèles différents. Aujourd'hui on ne se sert plus que de mèches et de bougies en caoutchouc enduites de vaseline boriquée ou d'onguent mercuriel belladonné.

Critique. — Cette méthode a eu ses apologistes : Desault et Costallat lui ont attribué des guérisons. M. Desprès la vante beaucoup et déclare qu'elle constitue le seul traitement pratique. Comme preuve de ses bons effets, il citait à la société de chirurgie le cas d'une malade qui, depuis quatorze ans se traitait par la dilatation au moyen de mèches et de canules rectales, et qui supportait son rétrécissement « sans incommodité gênante ». C'est là assurément un cas tout à fait exceptionnel. En général cette méthode est très mal supportée. L'introduction des bougies détermine toujours une douleur intolérable dès qu'elles atteignent un certain diamètre : d'autre part la présence de corps étrangers dans le rectum est une source de traumatismes répétés qui provoquent de l'irritation d'abord, puis une inflammation véritable accompagnée de douleurs vives, de ténésme rectal et vésical, quelquefois même de rétention d'urine (observation de Blondeau, *Archives générales de médecine*). Sauri cite dans sa thèse sur le rétrécissement fibreux du rectum (Paris, 1868) le cas d'une femme de vingt-deux ans chez qui la dilatation provoquait des crises hystériques.

D'autre part, la méthode n'est pas sans dangers. Les

violences exercées sur les parois malades du rectum, enflammées, friables et infiltrées de pus, pour introduire les mèches, entraînent souvent, quelles que soient les précautions prises, de graves complications, telles que phlegmons périrectaux, abcès, fistules, perforation intestinale, et péritonite. Vidal de Cassis nous rapporte que, averti par un premier malheur, il éprouvait les plus vives inquiétudes jusqu'au lendemain, toutes les fois qu'il avait introduit son appareil à dilatation.

Cette méthode, qui présente de si grands inconvénients et de si graves dangers, est-elle au moins efficace ? Toutes les observations démontrent que, si elle est capable dans certains cas d'amener une amélioration passagère, elle n'est jamais que palliative au moins lorsqu'il s'agit de rétrécissements confirmés et épais ; elle est toujours impuissante à amener une guérison radicale. Elle doit être continuée indéfiniment. Si le patient cesse de se traiter, les phénomènes d'obstruction reparaissent inévitablement au bout d'un temps plus ou moins éloigné, car le rétrécissement persiste dans tous les cas, et même lorsque le traitement assure le cours des matières, on peut toujours le sentir. La masse morbide reste avec ses propriétés rétractiles, qui entrent de nouveau en jeu aussitôt que la dilatation est interrompue.

D'autre part, même lorsque le traitement est bien supporté et employé avec succès, la suppuration rectale ne tarit pas ; elle entraîne peu à peu l'amaigrissement et la déchéance du patient : ce dernier est toujours menacé de pyléphlébite, d'abcès du foie, de dégénérescence amyloïde des viscères et de septicémie.

D'ailleurs, ces accidents ont rarement le temps de se

produire. Le malade, rebuté par un traitement d'une durée indéfinie qui lui occasionne des douleurs atroces, miné sans cesse par les suppurations rectales, perd courage, tombe dans le marasme et renonce à un traitement qui est pour lui un véritable supplice. Il devient bientôt victime de quelque complication, ou est emporté par une affection intercurrente.

Et ce tableau n'est pas l'exception, il constitue la règle absolue ; nous n'avons pas trouvé dans la science un seul cas de guérison durable. Colles déclare (*Dublin hospital Reports*) qu'il n'a jamais été assez heureux pour obtenir un bon résultat et il ajoute : « Je n'ai pas eu non plus la bonne fortune de rencontrer un seul cas de succès obtenu avec cette méthode par d'autres chirurgiens sur des malades que je susse de source certaine atteints de rétrécissement. » Busch dit même que, « quoiqu'il ait pu améliorer le sort d'un grand nombre d'individus, il n'a jamais eu le bonheur d'en voir guérir un seul. » Allingham est du même avis.

Aussi, nous appuyant sur les observations que nous avons pu recueillir et sur le témoignage de chirurgiens aussi particulièrement compétents, nous dirons que cette méthode est à rejeter comme dangereuse et inefficace.

b) *Dilatation brusque*. — La dilatation brusque ou forcée est aujourd'hui repoussée par tous les chirurgiens. Elle a été pratiquée d'abord en Angleterre par Astley Cooper et eut un moment de succès à cause de sa rapidité d'exécution et du soulagement immédiat qu'elle procure aux malades. Elle peut être faite au moyen de dilatateurs divers ou tout simplement au moyen des deux pouces introduits dans le

rectum, les autres doigts prenant un point d'appui sur les tubérosités eschiatiques.

C'est une opération aveugle, et il est facile de concevoir combien elle est dangereuse, en se rappelant l'état des parois rétrécies, toujours infiltrées de pus, et les rapports étroits qu'affecte le rectum avec le péritoine. Dans ces rétrécissements, le simple toucher digital, pratiqué avec toute l'habileté de chirurgiens comme MM. Lannelongue et Le Dentu, a pu déterminer des complications mortelles. A plus forte raison, une opération telle que la divulsion, pouvant entraîner des déchirures étendues, doit-elle être suivie d'accidents les plus graves. Les observations abondent (Chassaignac, Verneuil, Trélat, Longuet) où elle a occasionné des abcès périrectaux ou des péritonites mortelles. D'ailleurs, si ses effets sur le rétrécissement sont rapides dans ce sens que le cours des matières est brusquement rétabli et le soulagement immédiat, ses effets ultérieurs sont déplorables : le tissu cicatriciel qui succède à la déchirure amène bientôt une aggravation du rétrécissement. Aussi faut-il recommencer sans cesse la divulsion, et un jour vient où le malade succombe à la suite d'une séance malheureuse. C'est ainsi que, chez une malade de Lariboisière, M. Verneuil ayant pratiqué cinq séances heureuses de divulsion en quinze jours, la sixième séance provoqua une péritonite promptement mortelle. Cette opération a été pour plusieurs chirurgiens une source de mécompte, aussi, M. Trélat, rapportant le cas « d'une fort belle personne qui était dans un état de santé très satisfaisant et chez laquelle la divulsion fut suivie du développement de deux énormes abcès qui mirent sa vie en danger pendant quatre mois »,

M. Trélat n'hésitait pas à déclarer, devant la Société de chirurgie, qu'« il ne ferait plus jamais la dilatation brusque dans un aucun cas de rétrécissement du rectum ».

II. ÉLECTROLYSE. — Les chirurgiens américains et anglais se sont occupés de la cure des strictures du rectum par l'électrolyse ; quelques-uns (Witmore, *British med. journ.*, 1866) croient à son efficacité. La plupart, et parmi eux Witehead, Earle et Newman, n'en sont pas partisans. Du reste, les observations publiées sont très peu explicites : les rétrécissements dysentériques, traumatiques et syphilitiques y sont confondus ; les malades y ont été suivies très peu de temps ; M. Fort, rapporte dans la *Gazette des hôpitaux* (1889), un cas, de prétendue guérison, mais la malade n'a été observée que du 11 mai au 8 juin. Ajoutons que cette malade n'était pas syphilitique. En présence de ces faits, il est impossible de se prononcer, sur la valeur de la méthode. Mais si on en juge par analogie, il est permis de croire que ce traitement n'est pas plus efficace dans les rétrécissements du rectum que dans ceux de l'urètre.

III. RECTOTOMIE. — Elle est interne ou externe.

Nous ne dirons que quelques mots de la rectotomie interne, opération aveugle, aujourd'hui rejetée par les chirurgiens. Pratiquée dans une région aussi septique que le rectum, elle expose aux complications inflammatoires les plus graves ; d'autant mieux que le sphincter anal non divisé, se contracte pasmodiquement et retient les matières fécales au contact de la plaie. Elle n'est d'ailleurs qu'un moyen adjuvant de la dilatation.

La rectotomie externe est une méthode bien supérieure

aux précédentes. Elle est considérée aujourd'hui comme l'opération de choix dans le traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum. En 1838, Stafford, la pratiqua en Angleterre, et en obtint deux succès. Il fut imité en France en 1865, par M. Nélaton.

Depuis cette époque, MM. Panas et Verneuil ont exposé des procédés nouveaux appliqués à cette méthode qu'ils ont faite entrer dans la pratique courante.

M. Panas, en 1872, décrivit son procédé, de la manière suivante, devant la Société de chirurgie. « La malade étant chloroformée et couchée sur le dos, on ramène le bassin sur le bord de la table d'opération et l'on confie les cuisses, préalablement fléchies sur le bassin, à deux aides. L'index de la main gauche est alors introduit dans le rectum, jusqu'au rétrécissement, et sert de guide à un bistouri boutonné qu'on introduit à plat et qui est ensuite tourné, le tranchant en arrière, à l'effet de diviser, aussi exactement que possible sur la ligne médiane, toutes les parties molles. L'incision ainsi faite est d'autant plus profonde qu'on approche davantage de la peau, de façon à représenter un large canal infundibuliforme, dont le sommet correspond au rétrécissement, désormais rendu visible, surtout en faisant tirer, par les aides, les lèvres de la plaie en bas et en dehors. Rien de plus facile alors que d'introduire le bistouri dans le rétrécissement qu'on creuse également en arrière, de la quantité exactement voulue pour y passer librement le doigt d'abord, et une canule de 2 centimètres de diamètre ensuite, qu'on laisse le plus longtemps possible. »

Presque en même temps que M. Panas, M. Verneuil faisait connaître, dans un mémoire lu à la Société de

chirurgie, une modification nouvelle de la rectotomie externe et il donnait à son procédé le nom de rectotomie linéaire. A l'instrument tranchant, il substituait l'écraseur linéaire de Chassaignac. Le manuel opératoire varie suivant que le rétrécissement est ou non compliqué de fistules.

Dans le premier cas, M. Verneuil, utilise, pour passer la chaîne de l'écraseur, l'un des trajets fistuleux les plus rapprochés de la ligne médiane postérieure, à condition toutefois que ce trajet débouche au-dessus du rétrécissement. Par ce canal, il conduit un stylet qui est ramené vers l'anus au moyen de l'index introduit dans le rectum. Ce stylet sert de guide à la chaîne de l'écraseur. Cela fait, on sectionne verticalement les parois rectales en comprenant dans la division toute la hauteur du rétrécissement et même, lorsque c'est possible, une certaine partie des parois saines supérieures à l'obstacle.

Lorsque toutes les fistules sont inférieures à la stricture, on peut encore utiliser l'une d'elles, à condition de prolonger artificiellement son trajet jusqu'à la hauteur voulue. On choisit la plus voisine de la ligne médiane postérieure et, par son trajet, on conduit une forte aiguille porte-fil que l'on fait pénétrer à travers les parois rectales au-dessus du point rétréci. Le doigt indicateur va chercher le fil qu'il ramène vers l'anus, entraînant à sa suite la chaîne de l'écraseur.

S'il n'y a pas de fistules, M. Verneuil crée une voie artificielle de la façon suivante :

Le malade étant placé dans le décubitus latéral, l'index gauche est introduit dans le rectum jusqu'au-dessus du rétrécissement. On enfonce alors un trocart à travers la

peau, à 2 centimètres au-dessous du coccyx, sur la ligne médiane et l'on vient perforer le rectum sur la pointe de l'index à quelques millimètres au-dessus du niveau supérieur de la stricture. On retire le trocart, on le remplace par une bougie fine, et, après avoir enlevé la canule, on fixe la chaîne de l'écraseur à la bougie qu'on fait ressortir par l'anus.

Plus tard, M. Verneuil substitua le galvano-cautère à l'écraseur et aujourd'hui il préfère le thermo-cautère pour la section des parties molles.

Critique. — Les opérations de MM. Panas et Verneuil constituent un progrès immense sur la rectotomie interne et les méthodes anciennes. Leur caractéristique est de sectionner le sphincter externe de l'anus et de prévenir ainsi la rétention des matières sous l'influence de la contraction spasmodique de ce muscle. Un autre mérite de ces procédés est de constituer des opérations à ciel ouvert, dans lesquelles le chirurgien voit exactement ce qu'il fait. La méthode de M. Verneuil a, sur celle de M. Panas, l'avantage de moins exposer à l'hémorragie, avantage très important dans une région aussi vasculaire que le rectum et surtout lorsqu'on opère des malades déjà très affaiblis, comme le sont le plus souvent les rétrécis chez lesquels on se décide à intervenir. Ici, le moindre écoulement de sang peut avoir de graves conséquences. D'autre part, l'emploi des thermo-cautères diminue les chances d'infection, en modifiant les surfaces cruentées dont il restreint beaucoup le pouvoir absorbant.

1° Malgré tous les perfectionnements successifs apportés à la rectotomie externe, cette opération présente encore des dangers sérieux. En lisant les observations dans les-

quelles ce traitement a été appliqué, nous constaterons qu'il expose à un certain nombre de complications parmi lesquelles les plus fréquentes sont : l'infiltration stercorale, l'érysipèle (Guérin) et la *flegmasia alba dolens* (Godebert). La péritonite n'est pas rare et M. Fort en rapporte un bel exemple dans la *Gazette des hôpitaux* (1884).

2° La rectotomie externe n'est applicable qu'aux rétrécissements inférieurs du rectum ; dès que la hauteur du rétrécissement dépasse 5 centimètres l'opération devient difficile.

3° Elle est de plus insuffisante, elle n'a aucune influence sur l'ulcération située au-dessus du rétrécissement. Il est de règle qu'après ces interventions la suppuration rectale persiste avec la même abondance qu'auparavant, entraînant peu à peu la déchéance des malades. Ainsi, chez un malade opéré en 1887 par M. Verneuil, la rectotomie linéaire amena un grand soulagement et fit disparaître les hémorragies rectales, mais l'écoulement muco-purulent persista avec la même intensité ; quinze mois après, les saignements reparurent, la défécation redevint difficile ; aujourd'hui, la suppuration rectale est continuelle et nécessite un pansement bi-quotidien (Quenu, Société de chirurgie, 1889). Une autre cause de suppuration est la plaie opératoire. M. Péan (*Bulletin médical*, 1889) attire particulièrement l'attention sur la difficulté de la cicatrisation de cette plaie. Constamment souillée par les matières fécales elle devient le siège d'une sécrétion purulente interminable.

4° Mais, le reproche assurément le plus grave que l'on puisse adresser à la rectotomie linéaire est d'être une

opération simplement palliative, incapable de prévenir la récurrence du mal ; cette proposition est facile à démontrer par l'observation comme par le raisonnement basé sur la connaissance de l'anatomie et de la physiologie pathologique du rétrécissement.

Si l'on consulte le mémoire de M. Verneuil, on voit qu'il cite sept observations à l'appui de son procédé. Un seul des opérés a été revu au bout de neuf ans (observation I) ; chez un autre (observation IV), le rétrécissement et ses symptômes ont reparu six ans après. Le toucher rectal pratiqué chez deux d'entre eux (observations V et VI) fait constater la persistance d'une vérole indurée. Enfin chez les deux derniers le toucher rectal ne fut point pratiqué, ce qui permet de douter de leur guérison. Rappelons en effet que, pendant un certain temps, les malades porteurs d'un rétrécissement appréciable ne souffrent pas ; mais l'absence de gêne est toute transitoire, et du moment que le rétrécissement existe, on est sûr qu'il progresse et que, dans un avenir plus ou moins éloigné, il produira des phénomènes d'obstruction. D'autre part, M. Tison, dans une thèse consacrée à l'apologie de la rectotomie linéaire, rapporte onze observations, en tête desquelles il n'hésite pas à inscrire le mot guérison. Mais dans quel sens emploie-t-il ce mot ? Assurément pas dans le sens de cure définitive. Si on lit en effet ces observations dans le détail, on voit à chaque instant les mots de récurrence, récurrence légère, coarctation sensible. Sur ces onze malades, un seul (observation XI) a été guéri d'une façon durable, au moins en apparence ; or il s'agissait d'un rétrécissement sur la nature duquel on n'avait pas pu se prononcer et la syphilis n'est pas notée dans les antécédents

malades. Il est probable que le rétrécissement n'était pas syphilitique.

Parmi les observations que nous avons pu recueillir dans les différentes publications médicales, aucune n'est démonstrative de l'efficacité de la méthode. Dans toutes, la récurrence est notée au bout d'un temps plus ou moins long.

(Gosselin : 1^{er} cas (*Gaz. des hop.*, 1876) : récurrence, cachexie, mort ; — 2^e cas (*Ibid.*, 1879) : récurrence, phthisie, mort ; — Van Hooek (*American J. obst. New-York*, 1891) : un an après la rectotomie linéaire, le malade revient avec un rétrécissement « renforcé ». — Observations I et III, *in* thèse Jacquinet, Paris 1891).

Comment, d'ailleurs, le rétrécissement ne se reproduirait-il pas ? Les causes qui l'ont amené une première fois, à savoir la présence d'un tissu rétractile dans les parois rectales, persistent entières. Que dis-je ? elles sont même aggravées. En effet, la perte de substance que détermine l'opération est comblée par la production d'un tissu cicatriciel, possédant des propriétés rétractiles qui viennent s'ajouter à celles du tissu fibreux ancien. Aussi, voyons-nous la récurrence se produire avec aggravation fréquente de l'état antérieur.

Les malades soumis à la rectotomie sont soulagés pour un temps ; mais ils finissent toujours par succomber à des accidents dont cette opération a été impuissante à les délivrer ; ils meurent épuisés par la suppuration rectale, par les souffrances, par les tortures physiques et morales, que leur impose leur état, lorsqu'une complication ou une affection intercurrente, telle que la phthisie, ne vient pas hâter le dénouement.

Donc la rectotomie externe est une opération défectueuse parce qu'elle n'est que palliative, parce qu'elle est impuissante à prévenir les récidives, parce qu'elle laisse les malades succomber inévitablement aux conséquences de leur mal.

Rectotomie externe autoplastique. — M. Péan, frappé des inconvénients présentés par la rectotomie externe, a essayé de l'améliorer en la complétant. Les modifications apportées à l'ancienne méthode ont pour but de supprimer par une véritable autoplastie, pratiquée au cours même de l'opération, la plaie résultant de l'incision en arrière du rectum. Par cette autoplastie, il obtient que l'élargissement du point rétréci se fasse, non pas par une plaie cruentée, mais au moyen d'une plaie recouverte de muqueuse et, à ce titre, peu susceptible d'amener une rétraction consécutive.

La malade, qui a été purgée la veille de l'opération, est endormie et placée dans la position de la taille. On place un écarteur qui relève la portion antérieure du rectum et qui est confié à un aide, puis, un doigt étant introduit dans le rectum, on incise d'un seul coup, sur la ligne médiane, et en arrière, le rectum, la peau de la région ano-coccygienne et les tissus interposés. Au rectum, l'incision doit intéresser les tuniques intestinales sous-jacentes au rétrécissement et la portion d'intestin sus-jacente à ce même rétrécissement dans une hauteur de 2 à 3 centimètres. Cette dernière partie de l'incision devra être d'autant plus longue, que le rétrécissement sera plus serré. Quant à la longueur de la plaie cutanée, elle doit être sensiblement égale à la longueur de la plaie muqueuse. On se trouve alors en présence d'une surface cruentée, ayant la

forme d'un losange, dont les côtés antéro-supérieurs sont constitués par les lèvres de l'incision rectale, et les côtés inféro-postérieurs par les lèvres de l'incision cutanée. L'aire de ce losange comprend les tissus profonds de la région (muscles et tissu cellulaire) divisés par le bistouri.

Après avoir arrêté par la pression le sang, d'ailleurs peu abondant, qui s'écoule de la plaie, on saisit avec une pince, à l'angle supérieur du losange dont il vient d'être question, autrement dit, sur le point culminant de l'incision rectale, les tuniques de l'intestin, on les abaisse et on les traverse avec une aiguille munie d'un crin de Florence. Cette même aiguille traverse en même temps l'angle inférieur ou cutané de la plaie ; comme les tuniques qui entrent dans la composition du rectum sont très mobiles sur les parties sous-jacentes, cet abaissement est généralement facile et on arrive sans difficulté à mettre en contact les parties saisies dans l'anse du fil qui est lié. Quelques points de suture maintiennent d'une façon définitive ce contact.

Il arrive parfois, dans les rétrécissements anciens, que les parois de l'intestin ont contracté des adhérences avec les tissus voisins. Dans ces conditions, l'abaissement du rectum ne peut se faire d'emblée. Il est nécessaire alors d'isoler l'intestin des parties environnantes, par une dissection minutieuse au bistouri. Cette dissection doit être assez étendue pour que l'affrontement du rectum et de la peau se fasse sans tiraillements.

La méthode de Péan constitue un progrès sur celle de Panas et Verneuil, dans ce sens qu'elle diminue les chances d'infection par les matières fécales, et de reproduction du

rétrécissement sous l'influence de la rétraction du tissu cicatriciel. Par le fait de l'abaissement de la muqueuse rectale, la plaie est protégée contre le contact des matières septiques. En outre, la présence d'une muqueuse normale sur la partie postérieure du rectum est un empêchement à la rétraction des tissus en ce point. Cette substitution d'une paroi saine à l'ancien tissu fibreux est une idée très heureuse et constitue le grand mérite de la rectotomie autoplastique.

Critique. — Les observations publiées sont favorables à la méthode. L'opération n'est pas suivie de troubles graves, la suppuration rectale se tarit bientôt, et la cicatrisation s'effectue avec rapidité.

Un seul inconvénient est noté dans tous les cas, c'est un certain degré d'incontinence des matières.

Malheureusement, aucune des malades n'a été suivie pendant un temps suffisant pour qu'on puisse juger les effets éloignés de cette intervention. Il est fort à présumer que la guérison obtenue est toute temporaire. En effet, la rectotomie autoplastique est une opération incomplète dans ce sens qu'elle laisse subsister sur presque toute la périphérie du rectum le tissu fibreux qui constituait le rétrécissement. Or, la présence de ce produit morbide est un gage certain de récurrence ; ses propriétés rétractiles vont continuer à se manifester, et elles entraîneront sûrement, au bout d'un temps plus ou moins long, la reproduction de l'obstacle. Pour prévenir définitivement le retour de la coarctation, ce n'est pas seulement sur un point du rectum que l'on doit substituer au tissu cicatriciel une paroi normale, mais bien sur la totalité du segment malade. Le seul moyen d'obtenir une guérison

absolue est de pratiquer l'ablation complète de la masse pathologique, et de faire ensuite une autoplastie totale, par abaissement de la portion supérieure saine de l'intestin.

Telle est l'opération que nous préconisons et que nous allons maintenant exposer.

CHAPITRE III

Traitement des rétrécissements syphilitiques par l'extirpation.

Le choix du procédé à employer pour pratiquer l'extirpation doit être subordonné aux caractères des rétrécissements et surtout à leur siège. A ce point de vue, nous diviserons les rétrécissements en trois catégories :

Dans la première, nous rangerons ceux qui siègent à plus de 3 centimètres au-dessus de l'anus, ils relèvent de la méthode de Kraske. Dans la seconde, ceux qui sont situés à 3 centimètres de l'orifice anal ou au-dessous, mais qui laissent le sphincter intact, sont justiciables de l'opération de M. Segond. Dans la troisième, nous placerons les rétrécissements qui atteignent à la fois l'anus et le rectum. A ces derniers, nous proposerons d'appliquer la méthode que nous avons vue mettre en pratique par MM. Poncet et Jaboulay.

I. **Méthode de Kraske.** — En 1885, au Congrès

des chirurgiens allemands, Kraske, de Fribourg en Brisgau, proposa une nouvelle méthode de résection du rectum. Son procédé est décrit tout au long dans les *Archiv für klinische Chirurgie* de Langenbek, t. XXIII p. 503. M. le Dr Routier l'exposa devant la Société de chirurgie de Paris en 1889 et nous empruntons à son mémoire les principaux éléments de notre description.

Le malade est placé dans le décubitus latéral droit. Incision sur la ligne médiane du milieu du sacrum à l'anus (jusqu'à l'os). Mise à nu de l'os, jusqu'à son bord gauche. Section des ligaments ischio-sacrés jusqu'au bord supérieur du troisième trou sacré. Alors Kraske extirpe le coccyx, fait sauter au ciseau le bord gauche du sacrum jusqu'au troisième trou sacré, puis met le malade sur le dos. Il fend verticalement la portion sacrée du rectum au-dessus du sphincter jusqu'au niveau de la portion à réséquer, ce qui, cependant, n'est pas indispensable, coupe transversalement le rectum au-dessous du cancer, puis abaisse la partie supérieure de l'intestin, ouvrant le péritoine si le cancer est haut, résèque le cancer et suture le bout supérieur de l'intestin au bout inférieur dans les deux tiers antérieurs de leur circonférence, sans fermer non plus la fente verticale de celui-ci, laissant ainsi un anus contre nature postérieur, qu'il fermera plus tard.

Ce procédé a été dans la suite plus ou moins modifié par les chirurgiens allemands. Bardenhauer préfère, à la résection latérale du sacrum, la section transversale de cet os au-dessous du troisième trou sacré. Lévy propose une résection temporaire du sacrum et limite un lambeau qui restera adhérent à l'os pour lui servir de pédicule nourricier. Il fait une incision trapézoïde, pour scier le

sacrum transversalement et le rabattre en bas. Wiedow et Hegar, rabattent au contraire le lambeau cutané-osseux vers le haut ; Roux (de Lausanne) le rabat latéralement vers la fesse.

Dans le détail de l'opération, plusieurs temps présentent une importance particulière et il est utile d'y insister.

En premier lieu, quelle conduite faut-il tenir vis-à-vis du cul-de-sac péritonéal ?

Kraske propose l'ouverture délibérée du péritoine, ce qui facilite ou plutôt rend possible l'abaissement de l'intestin. L'opération terminée, il laisse l'ouverture béante ou bien la rétrécit par quelques points de suture après y avoir placé un drain. Aujourd'hui la plupart des chirurgiens ouvrent librement le péritoine. La conduite de M. Routier semble excellente : il ouvre le péritoine, abaisse l'intestin qu'il lie solidement au-dessus et au-dessous du retrécissement, résèque la portion malade, puis, suture par un surget de catgut le péritoine viscéral au péritoine pariétal. Le reste de l'opération est dès lors intra-péritonéal. Grâce à la précaution qu'il prend de placer le retrécissement entre deux ligatures avant de toucher à l'intestin, toute chance de pénétration des matières fécales dans le péritoine est écartée.

Comment doit être faite la suture des deux bouts de l'intestin ? — Pansement consécutif.

Kraske fait une suture incomplète : il ménage un anus artificiel au niveau de la ligne postérieure de suture. Heinecke et Hocchenegg suturent même de parti pris le bout supérieur de l'intestin aux lèvres cutanées de l'incision sacrée. Ces mesures avaient pour but d'éviter l'issue des matières fécales dans le péritoine. Souvent, en effet,

quelque temps après l'opération, et même lorsque les malades ont été purgés au préalable, il survient des débâcles formidables qui inondent la plaie opératoire, le tissu cellulaire pelvi-rectal, et peuvent occasionner des septicémies suraiguës. Aussi est-il prudent de laisser aux matières une large voie de sortie. Cependant lorsque, avant l'opération, on a pris soin de bien évacuer l'intestin en soumettant le malade à un régime approprié (lait, naphтол, purgatifs tous les deux jours), il n'y a pas d'inconvénients à faire la suture totale. Les dangers d'infection seront écartés en faisant des sutures et un pansement convenables.

Les deux bouts de l'intestin seront accolés au moyen d'une rangée de points serrés : les uns au catgut réunissant la muqueuse ; les autres au crin de Florence, enserrant toute les tuniques de l'intestin (Reclus).

On facilitera les évacuations en plaçant dans le rectum un gros drain enrobé de tarlatane, suivant la pratique de M. le professeur Poncet.

La plaie extérieure sera laissée complètement ouverte ou légèrement rétrécie par quelques points de suture, puis pansée à la gaze iodoformée (Routier).

Critique. — La méthode de Kraske présente de grands avantages sur les procédés antérieurs : 1° elle permet de remonter très haut ; 2° elle rend possible la conservation des fonctions sphinctériennes ; 3° l'opération est facile à exécuter et donne beaucoup de jour. Le chirurgien opère à ciel ouvert, il voit bien les artères et peut les saisir tranquillement de telle sorte que la perte de sang est minime. Enfin il peut ménager à coup sûr les organes voisins, et, s'il ouvre le péritoine, c'est à bon escient, en

sachant ce qu'il fait et en prenant toutes les précautions voulues.

Aussi les suites de cette opération doivent-elles être très simples. La mortalité doit être nulle ou insignifiante lorsqu'on a affaire à des retrécissements de moyenne étendue. Si l'affection remonte très haut, et qu'on soit obligé de faire de grands délabrements, il est certain que le pronostic est plus sévère, mais, dans les formes ordinaires, on peut affirmer la bénignité de l'intervention.

Une pareille affirmation est difficile à prouver d'après les statistiques, parce que ce genre d'opération n'a guère été pratiqué que dans les cas de cancer et dans des conditions très mauvaises. Cependant nous remarquerons que dans tous les cas où la tumeur était mobile, pas trop étendue, et où les parties voisines n'étaient pas envahies, les résultats ont été excellents. Sur cinq malades opérés par M. Richelot, dans « des conditions acceptables » un seul est mort. Le décès n'avait rien à voir avec la méthode suivie ; il s'agissait d'un emphysémateux de cinquante-huit ans, qui mourut de congestion pulmonaire pour avoir respiré du chloroforme pendant deux heures.

Aussi pouvons-nous dire, et c'est là l'opinion de M. le professeur Poncet, que l'opération de Kraske n'est pas dangereuse.

Les résultats fonctionnels au point de vue de la contention des matières sont en général parfaits. Cependant il ne faut pas conclure absolument de la conservation du sphincter à son bon fonctionnement. Il peut arriver que dans les incisions préliminaires, les nerfs moteurs du sphincter soient intéressés. On observe alors une incontinence passagère (Terrier).

Indications. — Ce procédé devra être employé dans tous les cas de rétrécissement syphilitiques distants de 3 centimètres au moins de l'anūs, et quelle que soit leur hauteur. Si la coarctation était située plus bas, le bout inférieur serait trop court pour permettre une suture facile; il faut alors avoir recours au procédé suivant. — Dans la grande majorité des rétrécissements syphilitiques (85 pour 100 en moyenne), ce procédé sera le procédé de choix.

II. Procédé de Segond. — M. le professeur agrégé Segond a eu l'obligeance de nous communiquer un procédé, non publié jusqu'ici, qu'il met toujours en usage, pour extirper la portion inférieure du rectum et pour l'ablation des hémorroïdes. Voici en quoi il consiste: dilatation modérée du sphincter avec le doigt. Incision circulaire à la jonction de la muqueuse anale et de la peau. Cela fait, on saisit avec des pinces ou avec les doigts la muqueuse anale; on la décolle de la face interne du sphincter avec les ongles ou un instrument mousse. Une fois le bord supérieur du sphincter dépassé, en *s'aidant simplement des doigts*, on dégaine par traction simple, tout le segment rectal à réséquer. Rien n'est plus facile en général. L'écoulement de sang est nul. Quant à la résection du segment ano-rectal ainsi dégainé, et à la suture du bout supérieur à la peau, on ne doit pas en faire deux temps successifs; il faut les effectuer simultanément. Après avoir fendu le segment dégainé sur toute sa hauteur, on ne le sectionnera pas à sa base d'un seul coup; on effectuera cette section circulaire par petits coups de ciseaux successifs, et chaque petit coup de ciseaux sera

immédiatement suivi d'un point de suture à la soie plate, qui unit à la peau la partie correspondante du bout rectal supérieur et qui assure l'hémostase. En plaçant ainsi les sutures au fur et à mesure que se fait la section, on ne perd pas de sang. En général, on n'a pas besoin de faire une seule ligature.

Critique et indications. — Cette méthode, d'une grande simplicité, à peu près analogue à celle employée par van Hoock de New-York, a l'avantage de ménager le sphincter; elle permet d'enlever la stricture sans causer de larges délabrements. Elle est facile à exécuter si le rétrécissement n'est pas élevé; elle nous paraît être la méthode de choix dans les cas où le rétrécissement est très voisin de l'anus et où le sphincter n'est pas envahi par le tissu morbide.

III. Voici le procédé que nous avons vu employer par **MM. les professeurs Poncet et Jaboulay**. — On fait une incision en raquette dont la boucle circonscrit l'anus à 6 millimètres environ en dehors de la muqueuse et dont la queue se prolonge en arrière suivant la ligne médiane postérieure ano-coccygienne, plus ou moins haut vers le coccyx suivant les besoins. L'incision est faite au bistouri, sur la peau et profondément. L'anus est alors saisi avec les doigts de la main gauche ou avec une pince de Museux. Puis, avec un instrument mousse ou mieux avec l'index droit, on déchire les connexions de l'anus et du rectum, en avant, en arrière, par côté; pendant ce temps, on tire l'intestin en arrière vers le coccyx. On continue de la sorte, l'isolement par étages successifs, jusqu'à ce que le rectum soit dénudé dans la hauteur voulue;

puis on attire fortement l'intestin en bas jusqu'à ce que toute la portion malade soit au dehors.

Les connexions de l'organe étant rompues, il descend facilement.

La section transversale au-dessus de la partie malade est faite à petits coups successifs, et, au fur et à mesure, on suture le bord supérieur de l'intestin sectionné à la peau de la marge anale.

On termine par un pansement ouvert à la gaze iodoformée.

Lorsqu'il est nécessaire de remonter très haut, on peut prolonger l'incision postérieure sur les flancs du coccyx et même du sacrum. On peut aussi réséquer le coccyx et une partie du sacrum lorsqu'on veut avoir beaucoup de jour.

Si, dans ces manœuvres on a ouvert le péritoine, on le désinfecte soigneusement par des lavages antiseptiques, puis on suture les deux feuillets au catgut, aussitôt que l'isolement de l'intestin est terminée, et avant d'amputer.

Critique. — Les résultats de cette opération sont des plus simples : à moins de faute grave contre l'antisepsie, il n'y a à redouter aucune complication inflammatoire. L'hémorragie est facilement maîtrisée par tamponnement ou forcipressure.

La plaie se cicatrise avec facilité. Cependant certains points deviennent souvent le siège d'une suppuration tenace que l'on est obligé de combattre par des bains et des pansements antiseptiques.

La cicatrisation de la plaie aboutit à la formation d'un anneau mince, incapable de créer une récurrence : nos observations et bien d'autres analogues en font foi.

Les résultats fonctionnels sont excellents : Aussitôt après l'opération, les malades ont une incontinence absolue des matières et une perte complète de la sensation du besoin d'aller à la selle. Mais cet état n'est que transitoire. Après un temps variable, les malades éprouvent de nouveau des besoins et peuvent garder les matières solides. On a noté des cas où l'incontinence persistait absolue. Mais d'autrefois aussi on a remarqué que la contention des matières redevenait parfaite et avait lieu même pour les gaz (thèse de Marchant, Paris, 1873). En général, la contention n'existe que lorsque les malades sont constipés; elle peut être expliquée soit par la présence du petit anneau cicatriciel, soit de petits replis de la muqueuse procidente (Faget). L'action compressive sur l'anus causée par le rapprochement des fesses joue aussi un rôle. Chassaignac pensait que les fibres du rectum pouvaient s'hypertrophier et constituer une sorte de sphincter : c'est possible dans certains cas et ce qui nous porte à le croire, c'est qu'une de nos malades (M^{lle} N.) peut résister dix minutes environ au besoin d'aller à la selle. Il est probable que cette résistance est due à la présence de fibres musculaires. On peut aussi invoquer la persistance de fibres du sphincter non détruit en totalité.

Indications. — Cette méthode doit être appliquée lorsque le rétrécissement du rectum a envahi l'anus et le sphincter et quelle que soit la hauteur à laquelle remonte le rétrécissement. M. le professeur Poncet en a enlevé un de 12 centimètres; si on ne peut atteindre la limite supérieure, on peut amputer dans le tissu morbide.

Critique du traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum par l'extirpation. —

Nous relatons neuf observations de rétrécissements syphilitiques du rectum traités par l'extirpation. Toutes sont extrêmement favorables à cette méthode. Dans tous les cas, en effet, la guérison a été obtenue. De nos deux malades, l'une a été observée pendant treize mois, l'autre dix-huit; celle de van Hooek l'a été pendant deux ans. Chez toutes les trois, après cette longue période de temps, la guérison s'était maintenue intégralement; il n'y avait pas trace de récurrence : ces femmes jouissaient d'une santé florissante et avaient repris leur embonpoint. Or, parmi les procédés que l'on peut employer pour l'ablation de la tumeur, c'est assurément celui employé pour nos deux malades qui expose le plus à la récurrence par l'étendue de la perte de substance qu'il crée et par la suppuration dont il est généralement suivi. Dans ces cas cependant, la guérison s'est maintenue après dix-huit mois : c'est dire qu'elle est définitive. A plus forte raison peut-on affirmer que les autres procédés, ne donnant lieu qu'à une cicatrice minime, mettent les malades à l'abri de la récurrence.

Il y a loin, on le voit, entre les résultats fournis par l'extirpation et ceux que procurent les anciennes méthodes : le traitement curatif s'impose.

Contre-indications de l'extirpation. — Cependant l'extirpation ne doit pas être employée dans tous les cas :

En premier lieu, lorsque la lésion débute et qu'elle est au stade d'infiltration gommeuse, elle est justiciable du traitement antisiphilique par l'iodure.

D'autre part, lorsque le rétrécissement est constitué par une simple bride, une petite valvule, il suffira de

recourir à la dilatation lente, progressive, et ce n'est qu'en cas d'insuccès manifeste qu'on devra recourir à l'ablation.

Mais dans tous les cas de rétrécissement cylindrique, où les parois rectales sont remplacées par un tissu fibreux dont les propriétés rétractiles sont fatales, il n'y a qu'un moyen de supprimer les effets du mal : c'est de l'enlever radicalement et de substituer au tissu morbide une paroi normale. Dans ce cas, ainsi que M. le professeur Poncet nous l'a souvent rappelé, non seulement l'extirpation est une méthode de choix, mais encore une méthode de nécessité.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite.)

Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet

M^{lle} N..., âgée de trente-deux ans, entrée le 15 septembre 1891 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul.

Pas d'antécédents héréditaires ; onze frères ou sœurs très bien portants.

M^{lle} N... jouit d'une excellente constitution, elle n'a jamais fait de maladies sérieuses.

En 1880, à l'âge de vingt et un ans, elle contracta la syphilis et vit apparaître, au mois de mars, deux chancres au niveau de la fourchette de la vulve, trois mois plus tard, le mal se révèle de nouveau par une roséole généralisée. Des plaques muqueuses se montrent à la lèvre inférieure et sur la gencive correspondante et sur la face inférieure de la langue. Vers la même époque la malade éprouva du mal de gorge et eut de l'alopecie partielle. Elle consulta alors un médecin qui lui ordonna des pilules de Dupuytren (8 à 10 par jour).

Au cours de septembre de la même année, elle fait une fausse-couche. Céphalée violente, particulièrement de 4 à 6 heures du soir.

Une quinzaine de mois environ après le début de sa syphilis, M^{lle} N... a ressenti des troubles du côté du tube digestif. Ce furent d'abord des coliques, des alternatives de diarrhée et de constipation. Puis la constipation devint plus opiniâtre ; les selles irrégulières et espacées ; mais la défécation n'était pas encore pénible. C'est peu à peu, graduellement, que la difficulté de la défécation s'est établie. Lorsque la constipation était trop opiniâtre, la malade avait recours à des lavements et à des purgatifs variés.

Sept ans environ après le début de la syphilis, M^{lle} N... a remarqué que le calibre de ses matières était diminué. La défécation était devenue très pénible. Pendant plusieurs jours, la malade n'expulsait rien : les faux besoins étaient fréquents. Puis survenait une débâcle bientôt suivie de rétention. Souvent après de laborieux efforts, la malade ne parvenait à rejeter que des fèces ovillées. D'autres fois les matières étaient molles, aplaties, laminées. Depuis deux ans, un mélange de sang et de pus s'échappait du rectum d'une manière constante. Vers cette époque apparurent deux fistules, s'ouvrant à la marge de l'anus, qui laissaient suinter continuellement des matières glaireuses ou puriformes.

Les périodes de rétention devinrent de plus en plus longues malgré cet usage immodéré de lavements et de purgatifs. La défécation était horriblement douloureuse et la malade s'épuisait le plus souvent en efforts inutiles, prenant les positions les plus variées pour tâcher d'accroître ses forces expultrices.

L'état général devint mauvais, les forces baissèrent peu à peu : l'amaigrissement survint. La malade, pâle, les yeux cernés, souffrait atrocement : elle avait perdu tout appétit et évitait de manger afin d'épargner à son tube digestif un minimum de travail. Son état, s'aggravant de jour en jour, lui inspirait les appréhensions les plus vives : son caractère avait changé : elle commençait à s'abandonner au désespoir ; c'est alors que M^{lle} N... entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Poncet.

Elle était très amaigrie : elle avait une facies terreux, un aspect cachectique. Son état était des plus graves.

Par le toucher rectal on constata l'existence d'un rétrécissement cylindrique, commençant au niveau même de l'anus, qui

présentait des végétations condylomateuses. Le rectum était le siège d'un écoulement purulent continu. L'extrémité de l'index, introduit avec une grande difficulté dans le rectum resserré, permettait de sentir les parois dures et ligneuses. On ne pouvait délimiter avec le doigt l'étendue du rétrécissement.

M. le professeur Poncet porta le diagnostic de rétrécissement syphilitique du rectum et résolut d'en pratiquer l'ablation.

L'opération fut faite le 16 septembre 1891 par MM. Poncet et Jaboulay. L'orifice anal fut circonscrit par une incision cutanée ovalaire distante de 1 centimètre environ du bord de la muqueuse. Cette incision se continuait en arrière par une autre incision rectiligne, prolongée jusqu'à 1 centimètre environ du sommet du coccyx. Le rectum fut trouvé malade sur une étendue de 12 centimètres. La muqueuse avait disparu et était remplacée par un tissu granuleux : il n'y avait pas traces d'ulcération sur la surface de la portion rétrécie. Les tuniques rectales étaient sclérosées ; leur épaisseur atteignait 4 à 5 millimètres. Les parties malades remontant très haut, on fut obligé d'amputer le rectum au-dessous de la limite supérieure des tissus morbides. La hauteur enlevée fut de 10 à 11 centimètres.

Le rétrécissement ayant été extirpé, on sutura le bout supérieur de l'intestin avec les bords de la plaie cutanée.

L'opération fut effectuée avec une grande simplicité et ne présenta aucun incident. L'hémorragie fut facilement arrêtée au moyen de nombreuses pinces hémostatiques. Pansement iodoformé. Jambes maintenues rapprochées pendant quinze jours. Après l'opération, opium et glace à l'intérieur. La malade fut nourrie quelque temps au lait et soutenue par le champagne.

L'incontinence des matières était absolue, et la malade n'était plus avertie du besoin d'aller à la selle.

7 mars 1892. — La plaie opératoire n'est pas complètement cicatrisée ; elle est encore le siège d'un écoulement muco-purulent d'ailleurs entretenu par le contact des matières que la malade est incapable de garder. Le doigt pénètre avec facilité dans le rectum. Le toucher n'est pas douloureux et permet de constater l'intégrité

de la muqueuse. La sensibilité rectale a reparu depuis un mois environ. Maintenant, la malade ressent le besoin d'aller à la selle. Mais il lui est impossible de résister une minute. Les matières ont une forme et un calibre normaux. Pendant leur passage, la malade éprouve une sensation de cuisson au niveau de la plaie. La défécation est facile et pas douloureuse.

La malade porte toujours un pansement à la gaze iodoformée et prend fréquemment des bains de siège au sublimé.

L'état général s'est grandement amélioré ; l'embonpoint reparait les couleurs reviennent.

30 juillet 1892. — La plaie est à peu près complètement cicatrisée. La muqueuse a très bon aspect. Le doigt, introduit dans le rectum, passe avec facilité et n'occasionne aucune douleur. Depuis deux mois environ la malade ne porte plus de pansement.

La constipation est habituelle et la malade ne va que par lavements. Elle en prend un matin et soir. Elle est avertie du besoin d'aller à la selle et peut retenir les matières pendant dix minutes environ. La défécation se fait sans gêne ni douleur.

L'état général est des plus satisfaisants. L'appétit est parfait. M^{lle} N... a repris tout son embonpoint; elle peut se livrer à ses occupations habituelles et se déclare enchantée des résultats de son opération.

15 novembre 1892. — La malade ne perd ses matières que lorsqu'elles sont liquides. Elle ressent très bien le besoin de déféquer et dans l'intervalle des selles, elle n'est nullement incommodée par l'état fonctionnel de son nouvel anus. Localement la cicatrisation est parfaite. Au fond du pli interfessier on voit un orifice ovalaire de 15 millimètres environ de diamètre dans lequel le doigt passe avec facilité. La muqueuse rectale et les tissus avoisinants sont absolument sains.

L'état général est excellent, M^{lle} N... est rose et fraîche malgré la profession pénible qu'elle exerce et qui l'expose fréquemment aux veilles prolongées.

On peut considérer le guérison comme définitive.

OBSERVATION II (inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.)

M^{lle} L. M..., vingt-six ans, domestique, ne présente rien de particulier comme antécédents héréditaires. A quatre ans, elle eut la fièvre scarlatine. Elle n'a jamais fait d'autre maladie grave. Elle a été réglée à treize ans pour la première fois et depuis la menstruation s'est effectuée d'une façon régulière. A dix-sept ans, elle contracte la syphilis. A cette époque elle fut incommodée par des hémorroïdes et souffrait habituellement d'une constipation opiniâtre. Ses règles devinrent irrégulières, puis cessèrent pendant deux ans et demi. Elle éprouvait durant cette période une faiblesse considérable qui rendait son travail très difficile.

Le siège du chancre infectant ne peut être précisé par la malade; mais elle eut de l'adénite bi-inguinale. Plus tard elle eut des plaques muqueuses à la bouche; elle n'a jamais eu de mal à la gorge, ni de troubles de la voix. Elle n'a jamais remarqué de roséole, mais ses cheveux tombèrent par plaques. L'alopecie fut partielle et disparut au bout de quatre à cinq mois.

M^{lle} N... n'a jamais fait de fausse couche.

En 1887, quatre ans après le début de la syphilis, les premiers symptômes de rétrécissement commencèrent à se montrer. La constipation, à laquelle elle était très sujette, devint opiniâtre, les selles difficiles et très espacées. La malade eut recours à des lavements et à des purgatifs nombreux. Bientôt elle s'aperçut que son linge était taché de pus et qu'il se faisait par l'anus un écoulement muco-purulent à peu près continu. Après être restée plusieurs jours sans parvenir à rejeter ses matières, elle en expulsait à un moment donné des quantités considérables; les premières étaient liquides. Dans l'intervalle des débâcles, elle éprouvait du ténesme et des douleurs dans la région lombaire, qui la faisaient cruellement souffrir. Elle avait pour les aliments un véritable dégoût, et prenait le moins possible de nourriture. Quelquefois survenaient des vomissements. La malade était à bout de forces ;

elle était très amaigrie. C'est alors que ne pouvant continuer son travail, elle vint se faire soigner à l'Hôtel-Dieu. Elle entra le 10 Août 1889 et subit la rectotomie linéaire. Cette opération lui procura un soulagement considérable et pendant quelque temps son état fut satisfaisant. L'appétit revint, l'état général s'améliora beaucoup. Mais, la malade étant sortie de l'hôpital, les bons effets de l'intervention ne tardèrent pas à diminuer. La suppuration rectale, qui n'avait jamais cessé, reparut avec plus d'intensité que jamais, et peu à peu les forces déclinerent de nouveau, les symptômes de rétrécissement se reproduisirent; si bien que, un an et demi plus tard, la malade dont la situation était devenue très mauvaise, dut rentrer à l'hôpital.

Le toucher rectal révèle, immédiatement au-dessus de l'anus, un rétrécissement cylindroïde, dur, résistant, donnant la sensation d'un tube de caoutchouc de petit calibre, et permettant avec peine l'introduction de l'extrémité de l'index. Le toucher est douloureux, mal supporté, et sans anesthésie, on ne parvient pas à dépasser le rétrécissement avec le doigt.

L'opération fut pratiquée le 5 mai 1891 par M. le professeur Poncet.

L'incision en raquette circonscrivait l'anus à un centimètre du bord muqueux et se prolongeait jusqu'à la base du coccyx. L'opération fut laborieuse parce que le rectum était relié aux tissus voisins par des adhérences épaisses et résistantes. Le rétrécissement remontant très haut, M. Poncet fut obligé de réséquer le coccyx pour se donner du jour. Le rectum, une fois isolé des parties environnantes, fut sectionné à 12 centimètres environ de l'anus. La section fut pratiquée dans une portion saine, quoique un peu épaissie, et dont la muqueuse avait une coloration carminée.

Au niveau du rétrécissement, les tuniques rectales étaient infiltrées dans toute leur étendue. Leur épaisseur moyenne était de 4 à 5 millimètres. Les suites de cette opération furent très simples. L'opium fut administré à l'intérieur et la plaie pansée à la gaze iodoformée. La malade fut soumise au régime lacté pendant trois semaines. Elle n'éprouvait aucune douleur; la diarrhée fut de règle pendant longtemps; l'incontinence des matières était absolue.

Mai 1891. — M^{lle} L. M. jouit maintenant d'une santé parfaite. Les forces sont revenues, son poids a considérablement augmenté depuis l'opération. Mais elle se plaint d'incontinence des matières et de la suppuration de la plaie. Elle a quitté l'hôpital un peu prématurément et depuis elle a un peu négligé de se soigner, aussi l'état local laisse un peu à désirer. La défécation s'effectue sans la moindre gêne; elle n'est pas douloureuse. La constipation est la règle. Le doigt, introduit dans le rectum, passe sans peine et ne perçoit plus d'obstacle. Les bords de la plaie sont granuleux et recouverts d'un exsudat muco-purulent. La muqueuse est rosée et d'aspect normal.

On prescrit à la malade des bains de sublimé, des irrigations boriquées et des pansements à la gaze iodoformée.

23 novembre 1891. — Nous revoyons M^{lle} L. M..., dix-huit mois après son opération. Elle continue à très bien se porter. Sa santé est parfaite. Quoiqu'elle exerce un métier pénible, elle y suffit parfaitement. Elle est enchantée des résultats obtenus. Cependant elle se plaint de ce que la contention des matières n'est pas parfaite; lorsque les selles sont diarrhéiques, elles échappent à son contrôle. D'autre part, lorsque le besoin d'aller à la selle vient à se faire sentir, elle ne peut y résister.

L'examen local révèle les particularités suivantes: l'orifice anal, profondément situé dans le sillon interfessier, est constitué par une bride cicatricielle cutanéomuqueuse. La peau se continue directement avec la muqueuse anale, qui est absolument saine et n'a aucune tendance à faire hernie en dehors.

Au pourtour de l'orifice, existe, en bas et en haut surtout, une ulcération en quelques points végétante, en d'autres creusée en sillon; elle est le siège d'une sécrétion muco-purulente, entretenue par le contact des matières.

Cette femme ne prend que peu de soins de sa plaie et elle fatigue beaucoup, ce qui contribue certainement à retarder la cicatrisation. Aussi engageons-nous cette malade à rentrer à l'hôpital et nous ne doutons pas que, sous l'influence de soins antiseptiques et de pansements appropriés, la sécrétion purulente ne tarisse et que les plaies ne se cicatrisent bientôt. Ajoutons que le doigt pénètre dans

le rectum sans la moindre difficulté et que la défécation s'accomplit sans gêne.

OBSERVATION III

Richelot (*Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 18 février 1891).

M. D... a, depuis quinze ans, des douleurs rectales, des suintements purulents, une constipation opiniâtre. Opérée par Championnière en 1886 pour rétrécissement du rectum, elle n'en a retiré aucun bénéfice durable. Elle entre à l'hôpital Tenon en décembre 1890, offrant tous les signes du rétrécissement syphilitique ; sténose peu élevée, admettant à peine la pulpe de l'index, précédée d'un infundibulum à parois dures ; constipation, matières ovillées, débâcle de temps à autre.

Voici, en peu de mots, l'opération faite le 18 décembre. Incision postérieure, résection du coccyx ; je ne touche pas au sacrum : opération de Kraske incomplète parce que le rétrécissement syphilitique ne remontent pas très haut ; mais j'aurais eu plus de jour et plus de facilité si j'avais abattu un morceau du sacrum et je conseille de le faire ; alors, ayant ouvert l'intestin par une incision longitudinale qui comprend le sphincter, la section de l'anus me paraissant nécessaire pour atteindre le but, je dissèque patiemment tous les tissus durs, c'est-à-dire que j'enlève, jusqu'au dessous du point rétréci, toute l'épaisseur de la paroi rectale, en ayant soin d'épargner le sphincter interne. Je m'arrête quand il n'y a plus trace d'induration nulle part ; alors, le bout supérieur, dont la muqueuse est saine, est attiré et cousu à l'anus, la section longitudinale de l'intestin est fermée au catgut et l'anus reconstitué. Suture cutanée aux crins de Florence ; pansement superficiel très simple.

Deux ou trois semaines après l'opération, la malade expulse tous les jours des quantités énormes de matières, ce qui dérange la partie inférieure de la suture. Quelques fils ayant lâché le sphincter s'ouvre dans une hauteur de 3 centimètres environ ; partout ailleurs, la réunion est parfaite. J'attends que la débâcle

soit bien finie, et, le 20 janvier, je referme l'anneau sphinctérien par quelques points de suture. La malade va quitter Ténon, sans douleur, fonctionnant à souhait. L'intestin est large et la guérison est acquise.

OBSERVATION IV

Quérard (*Soc. de chir. de Paris*, 1891).

M^{me} X... âgée de trente-six ans, mère de deux enfants, dont l'un a neuf ans et l'autre quatre ans et demi, contracta la syphilis il y a sept ans. Elle eut des plaques muqueuses aux organes génitaux, une éruption roséolique, etc., et fut soumise au traitement spécifique. Les premiers symptômes du côté du rectum se manifestèrent pendant sa dernière grossesse, sous forme de quelques douleurs et de quelques difficultés à aller à la garde-robe; les symptômes augmentèrent l'année suivante et prirent tout leur développement il y a deux ans. Depuis cette époque, elle fut minutieusement traitée par les iodures, puis par la dilatation et enfin par l'électrolyse; elle n'en retira jamais aucun bénéfice; depuis un an elle passe toutes ses matinées en crises douloureuses, à genou, le corps plié en deux, occupée à prendre des lavements avec des canules spéciales et à faire des efforts pour aller à la garde-robe. Malgré ces lavements répétés et l'usage successif d'une série de préparations purgatives, il lui arrive de demeurer jusqu'à une semaine sans aller à la selle. Il y a environ huit mois, un abcès se forma sur le côté droit de l'anus et devint le point de départ d'une fistule. A la fin de mai 1890, M^{me} X... me fut adressée par le docteur E. Labbé. Cette femme avait alors toutes les apparences d'une tuberculeuse; elle était maigre, d'un teint jaunâtre, fiévreuse, à peau sèche, toussillant continuellement. Elle ne me parla d'abord que de sa fistule, mais je constatai bien vite que ce n'était là qu'une lésion secondaire sous la dépendance d'un rétrécissement rectal. En effet, à 1 centimètre environ de l'anus, l'index rencontre un rétrécissement cylindrique dans lequel il s'engage, mais qu'il ne peut franchir; la moitié environ du petit doigt peut seule y pénétrer. La muqueuse rectale est lisse, tendue; elle devient gra-

nuleuse à la partie supérieure de la région rétrécie. L'étendue de celle-ci peut être évaluée à environ 6 ou 7 centimètres. Des condylomes existent autour de l'anus. Le petit doigt introduit aussi haut que possible ne sent pas le stylet qu'on a engagé dans la fistule. Toutes ces explorations sont horriblement douloureuses.

J'ajoute que, depuis des mois, elle ne peut contenir les gaz; toute la région sphinctérienne est en effet envahie par l'infiltration et on ne sent aucune constriction d'origine musculaire en touchant la malade. Elle est enfin obligée de se garnir à cause d'écoulements glaireux et purulents qui se font incessamment par l'anus et ont irrité la peau des fesses.

L'impuissance des moyens employés et son désir de ne plus endurer de si grandes souffrances font qu'elle accepte immédiatement l'opération que je lui propose.

Celle-ci est pratiquée le 4 juin, sous le chloroforme, après une antisepsie préalable de l'intestin par le naphtol et les purgatifs.

Je commence par inciser la commissure postérieure de l'anus en partant un peu en avant du coccyx; je remonte ainsi jusqu'au dessus du point le plus serré, de manière à atteindre et à dépasser la muqueuse saine. J'obtiens de la sorte une figure losangique dont j'abaisse l'angle supérieur pour le réunir à l'angle inférieur de ma plaie. Alors, de chaque côté, j'excise au moyen de ciseaux courbés tout le rétrécissement, y compris le trajet fistuleux; je constate que toute l'extrémité inférieure du rectum est transformée en une gangue fibreuse, dure, dans laquelle il est impossible de reconnaître les différentes couches de l'intestin, ni les fibres du sphincter externe. L'hémostase est facilitée par ce fait qu'au fur et à mesure de la résection je pratique la suture de l'intestin à la peau de l'anus préalablement débarrassée de ses condylomes. L'opération dura un peu plus d'une heure. Pansement iodoformé et opium à l'intérieur. La température ne s'élève à 38 degrés que le lendemain de l'opération, puis retombe à la normale, après que les fils profonds qui avaient déterminé un peu de gonflement furent coupés.

Deux jours après l'opération, le 14 juin, tous les fils de la demi-circonférence postérieure, qui avaient été laissés, furent enlevés; au bout de trois semaines la cicatrisation était complète, et la malade

pouvait se lever dès les premiers jours de juillet. La première garde-robe eut lieu le sixième jour, sans souffrance aucune; depuis, la défécation s'est toujours effectuée d'une façon régulière et très facilement. La malade n'est plus tourmentée par les gaz comme autrefois; cela tient à ce qu'elle n'a plus cette tympanite qu'engendraient des constipations opiniâtres. Elle n'a pas non plus à présent ces alternatives de diarrhée et de constipation, ces débâcles désagréables que j'ai observées chez certains malades auxquels j'avais enlevé l'extrémité inférieure du rectum pour des cancers. La seule infirmité résulte d'une très petite saillie de la muqueuse rectale et du léger suintement, purement muqueux, qu'occasionne le frottement, quand la malade marche un peu trop longtemps. Ces petits inconvénients lui paraissent peu de chose, et le souvenir de ses souffrances passées ne lui laisse qu'une appréhension, c'est que le rétrécissement ne reparaisse.

J'a revu M^{me} X..., au commencement de février 1891 : son état général s'est extrêmement amélioré, bien qu'elle ait passé l'été à Paris, et qu'occupée de sa profession elle n'ait pris aucun repos.

Les fonctions rectales ont continué de régulièrement s'accomplir; il n'y a plus trace de suppuration, la peau de la région périnéale postérieure est absolument normale. J'ai examiné soigneusement et touché le rectum; je n'ai senti du côté de la muqueuse aucune granulation, aucune diminution de souplesse qui trahisse un commencement de récive; le pourtour de l'an us et les tissus périrectaux me paraissent absolument sains et exactement dans le même état qu'après l'opération.

Cette intégrité absolue des tissus après plus de sept mois donne peut-être le droit d'espérer que la guérison sera définitive.

OBSERVATION V

Un cas de rétrécissement du rectum traité par l'excision du rétrécissement (Lowson, *Lancet*, London, 512, 1879).

Mademoiselle S..., âgée de trente-quatre ans, se plaignait depuis huit ans d'un rétrécissement du rectum. Pendant cette période, elle s'était soumise à un traitement médical et en avait retiré quelque soulagement. Mais l'amélioration avait été de courte durée, et, depuis deux ans, les souffrances avaient redoublé. Les matières, très étroites depuis des années, ne passaient qu'avec la plus grande difficulté. Elles étaient accompagnées de sang, et la défécation était très douloureuse, on sentait un rétrécissement à deux doigts au-dessus de l'anus ; il était annulaire, dur et ulcéré par places ; sa surface était régulière. Quoique la maladie remontât à huit ans, le rétrécissement n'avait envahi qu'une partie de l'intestin. Comme pendant la durée du traitement antérieur on n'avait pas employé la dilatation, j'eus recours à ce procédé, et j'arrivai à donner à l'intestin un calibre suffisant. Mais un mois après la cessation de ce traitement, le rétrécissement s'était reproduit aussi serré qu'auparavant. J'eus de nouveau recours à la bougie, mais son emploi déterminait une irritation telle que je dûs y renoncer. L'irritation fut calmée au moyen de lavements émollients. J'essayai encore la dilatation qui ne put être supportée, et cependant les symptômes du rétrécissement s'aggravaient.

Je pensai à la colotomie ; mais cette mesure me parut extrême. L'excision de la partie inférieure de l'intestin, fortement recommandée dans les cas de cancers par des hommes éminents, a le désavantage de détruire les sphincters. L'ablation du rétrécissement seul me paraissait être l'opération la plus pratique. Je me proposai d'enlever la portion resserée et de suturer ensuite les deux bouts de l'intestin, pensant que la réunion ne serait pas suivie de coarctation.

J'aborderais le rectum par la partie postérieure au moyen d'une incision partant du sommet du coccyx et s'arrêtant un peu en arrière de l'anūs, ménageant ainsi le sphincter intérieur. Je sectionnerais en deux valves la portion du sphincter externe comprise entre l'anūs et le coccyx.

L'opération fut faite le 5 décembre 1877. Je fis une incision médiane entre l'anūs et le coccyx : je divisai le sphincter externe en deux valves latérales, puis, introduisant mon doigt dans le rectum, je l'attirai en bas, à travers la plaie. Les parois latérales ayant été soigneusement détachées des parties environnantes, j'excisai le rétrécissement et je suturai les deux bouts de l'intestin au catgut.

Après l'opération, la température s'éleva graduellement jusqu'à 102° Fahrenheit; elle tomba au soir du troisième jour, et redevint normale au cinquième jour. Le poulx suivit une marche parallèle à la température, il était à 128 le troisième jour. Il n'y eut jamais de douleurs abdominales ni aucun autre symptôme de péritonite. La diarrhée étant survenue, la protection de la plaie devint difficile, on pratiqua des lavages de l'intestin après introduction dans le rectum du speculum de Fergusson, les selles, très irritantes, étaient devenues liquides et mélangées de petites scyballes. Elles s'écoulaient en partie par le tube, en partie par la plaie, produisant des excoriations sur les téguments du voisinage. L'opium fut prescrit largement. Les nuits étaient devenues mauvaises, et l'appétit avait disparu.

Trois semaines après l'opération, le fragment inférieur de l'intestin était réuni en arrière. Tous les symptômes s'amendèrent. La malade n'éprouvait de douleurs que lorsque l'intestin était mis en mouvement; elle pouvait très bien retenir ses matières. Les selles devinrent moins irritantes; les ulcérations se cicatrisèrent.

3 mars 1878. — L'état de M^{lle} S... s'est grandement amélioré. L'intestin fonctionne maintenant avec régularité. Les selles ne sont ni difficiles ni douloureuses. Les matières sont de grosseur naturelle. Le sphincter fonctionne bien.

31 mars 1879. — Un amas de tissu cicatriciel s'est formé

autour de la plaie ; cependant une bougie de la grosseur du médius passe facilement. L'issue des matières se fait sans difficulté. La malade se plaint surtout d'être gênée lorsqu'elle est assise. Pour s'asseoir sans être incommodée, elle est obligée de se pencher en avant, ou de s'incliner de côté, à demi couchée. Sauf pendant les attaques de diarrhée qui surviennent quelquefois, le fonctionnement des sphincters est parfait.

OBSERVATION VI

(Van Hooek, *American Journal obst.*, N. Y., 1891, XXIV.)

Mistress N..., vingt-six ans, réglée à seize ans. Mariée à vingt et un ans, fit une fausse couche à six mois. Pendant la convalescence de cet accident, la patiente rendit du sang par l'anus, comme si elle avait eu la dysenterie. A un certain moment, elle observa que les matières étaient striées de sang et de pus. Elle éprouva à cette époque des douleurs très vives dans le rectum.

Au mois de janvier de l'année suivante, elle éprouva des difficultés pour aller à la selle ; elle eut des ténesmes et les besoins de se présenter à la garde-robe étaient très désordonnés. Les selles étaient pénibles, sauf quand les matières étaient liquides. Peu à peu la patiente perdit les forces, l'appétit, l'embonpoint et devint sujette aux maux de têtes. Elle était souvent torturée par des douleurs violentes dans le dos et dans le rectum.

Une opération, non suivie de succès, fut faite en 1888. Mais un an et demi après, les symptômes de rétrécissement reparaissaient. L'opération pratiquée était la rectotomie postérieure avec incision d'une partie du rétrécissement. L'incision fut limitée à une bande cicatricielle, puis, le thermocautère ayant été appliqué dans le but d'arrêter l'hémorragie, il en résulta six mois après, une cicatrice circulaire qui amena un rétrécissement plus serré et plus dense qu'avant l'opération. La santé générale s'altéra ; les anciens symptômes de douleurs et d'écoulement purulent par le rectum

reparurent. On essaya la dilatation lente. Mais on dut y renoncer bientôt, car le passage des bougies occasionnait des douleurs intolérables. La malade réclamait à grands cris une opération qui pût la guérir définitivement.

Je pratiquai alors l'amputation du rectum. Le rétrécissement fut enlevé, et je suturai le bout supérieur de l'intestin à la marge de l'anus. Malheureusement, en disséquant les muqueuses, nous ne primes pas la peine de ménager le sphincter. Aussi cette femme ne possède aujourd'hui aucun contrôle sur ses matières.

Cette malade a été revue deux ans après. Elle n'éprouve aucune difficulté à aller à la selle, et l'écoulement du pus est tari depuis longtemps. Si j'avais eu la précaution de conserver le sphincter externe, les résultats eussent été parfaits.

Le résultat peut être regardé comme un cas de guérison définitive. En effet, si la coarctation eut dû se produire, cela aurait eu lieu certainement depuis deux années que l'opération a été faite.

OBSERVATIONS VII ET VIII

(Lange, *New-York med. Journ.*, p. 309, 1891.)

Le Dr Lange présente à la Société de chirurgie deux individus chez lesquels il a pratiqué l'ablation du rectum pour rétrécissement syphilitique. Chez ces malades on avait épuisé toute la série des traitements généraux et locaux sans pouvoir obtenir des résultats satisfaisants. L'un d'eux avait même subi un an auparavant une colotomie inguinale.

Dans les deux cas le péritoine a été ouvert librement ; afin de clore le large vide laissé entre les portions réséquées de l'intestin, et pour préserver la musculature anale, l'opération suivante a été pratiquée : à partir de chaque tubérosité ischiatique, une incision a été faite qui passait à travers le périnée, en avant du sphincter. Les deux branches de l'incision se rencontraient sur le raphé elles étaient assez profondes pour permettre de repousser en

arrière tout l'appareil musculaire de l'anus et la portion anale de l'intestin. Cela fait, les portions rétrécies furent isolées des tissus voisins, et le rétrécissement enlevé. Puis les deux bouts de l'intestin furent accolés et réunis par des points de suture.

La cicatrice dans les deux cas avait la forme d'une ancre dont les bras correspondaient aux ailes latérales de l'incision.

Les deux opérés vont très bien; ils sont capables de garder leurs matières, cependant l'action du sphincter n'est pas suffisante pour retenir parfaitement les matières liquides.

OBSERVATION IX

M. le D^r Segond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a bien voulu nous communiquer la note suivante au sujet d'un de ses opérés :

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans qui était porteur d'un rétrécissement annulaire lisse et très régulier, admettant à frottement la pulpe de l'index; le rétrécissement siégeait à 2 centimètres au-dessus de l'anus. La muqueuse sus-jacente était violacée, tomenteuse et même ulcérée dans une zone annulaire de deux à trois travers de doigt de hauteur.

Après dilatation du sphincter, toute la hauteur du segment malade a été dégainée pour ainsi dire et enlevée. Le bout supérieur de l'intestin a été ensuite cousu à la peau.

Le malade a quitté le service bien guéri, mais il n'a pas été revu depuis et on ne sait ce qu'il est devenu.

Le procédé opératoire, employé dans ce cas et dans les cas analogues par M. Segond, est rapporté en détail au chapitre III.

CONCLUSIONS

I. La syphilis est une des causes des rétrécissements rectaux.

II. Les lésions syphilitiques pouvant être suivies de rétrécissements sont :

- a)* Les ulcérations de la période tertiaire;
- b)* L'infiltration diffuse appelée par M. le professeur Fournier syphilome ano-rectal.

III. Des anciennes méthodes de traitement on doit conserver :

- a)* Le traitement spécifique lorsque la lésion est à l'état de syphilome ;
- b)* La dilatation lente lorsque le rétrécissement est constitué par une simple bride.

IV. Dans le cas de rétrécissements confirmés, constitués par un tissu fibreux épais, les anciennes méthodes de traitement sont impuissantes et dangereuses.

V. Dans ces cas la seule thérapeutique rationnelle, la seule capable d'amener une guérison définitive est l'extirpation. Nous conseillerons :

- a) La méthode de Kraske lorsque les rétrécissements sont distants de l'anus de 3 centimètres au moins;
- b) La méthode de Segond si les rétrécissements sont voisins de l'anus, mais n'atteignent pas le sphincter;
- c) La méthode que nous avons vu employer par MM. les professeurs Poncet et Jaboulay, si les lésions ont envahi le rectum et l'anus.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie. — Pathologie. — Anatomie pathologique. — Symptomatologie et diagnostic. — Marche, durée. — Complication et pronostic.	11
CHAPITRE II. — Anciens traitements appliqués aux rétrécissements syphilitiques du rectum.	32
CHAPITRE III. — Traitement des rétrécissements syphilitiques par l'extirpation.	49
OBSERVATIONS	60
CONCLUSION	77

